



1º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Intervenção de Enfermagem de âmbito
psicoterapêutico com mulheres com cancro de mama**

Relatório do projecto de estágio

Marisa Pinheiro

2012



1º Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenção de Enfermagem de âmbito psicoterapêutico
com mulheres com cancro da mama

Relatório do projecto de estágio

Marisa Pinheiro

Orientador: Prof. Carlos Lopes Alves Henriques Pina David

2012

Agradeço

Às mulheres com cancro de mama que participaram nos grupos

Às pessoas com doença mental que acompanhei durante o estágio

Ao Professor Carlos David pela orientação dada ao longo deste percurso

A Deus que durante este percurso colocou no meu caminho o Zé, o Rodrigo e a Carolina.

Ao Zé por escolher caminhar comigo, de mãos dadas, pela vida

À Leonor pela felicidade que nos deu ao nascer no final deste percurso.

Resumo

Este relatório apresenta o desenvolvimento de um projecto de estágio no âmbito do I curso de Pós-graduação e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O projecto de estágio foi desenvolvido em duas fases distintas. Na primeira fase, foi realizado um estágio em contexto hospitalar num serviço de internamento de pessoas com doença mental e implicou a aquisição e o desenvolvimento de competências previstas para o enfermeiro especialista na área de saúde mental e psiquiátrica. Foram realizadas intervenções de Enfermagem que foram ao encontro das necessidades das pessoas com doença mental.

A segunda fase correspondeu à implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico com mulheres com cancro da mama num Hospital de Dia de Oncologia, tendo como base as aprendizagens da primeira fase de estágio. Estas intervenções foram realizadas com um grupo de oito mulheres, tendo sido realizada uma sessão semanal em cinco semanas consecutivas. As sessões foram organizadas por temas que se reportam a áreas consideradas importantes na literatura no que toca a mulher com cancro da mama. Houve recurso ao uso terapêutico da arte; as mulheres tiveram a possibilidade de expressar sentimentos e pensamentos relacionados com o tema e, no final, houve recurso ao relaxamento muscular progressivo.

A intervenção no âmbito psicoterapêutico com este grupo de mulheres foi avaliada no início e no fim, com recurso à escala de qualidade de vida, FACT-G, com a subescala FACIT-SP12, e à escala de ajustamento mental ao cancro, MAC.

No final da intervenção, as mulheres com cancro da mama apresentaram melhores níveis de qualidade de vida e um maior recurso à estratégia de *coping*, espírito de luta, o que promove um melhor ajustamento mental à doença.

Abstract

This report presents the development of a project accomplished during the I Post-graduate and Masters' Course in Nursing Specialization on Mental and Psychiatric Health.

The trainee project was developed in two phases. During the first phase, we practiced in a hospital service context with people suffering from mental illness, which implied the acquisition and the development of skills designed for a nurse specialist in psychiatric and mental health. We performed nursing interventions in order to meet the needs of people with mental disease.

Based on the learning phase of the first stage, the second phase corresponded to the implementation of psychotherapeutic interventions among women with breast cancer disease in the Oncology Day Hospital. These interventions were accomplished with a group of eight women, through weekly sessions that took place during five successive weeks. The sessions were arranged by themes which relate to subjects considered important in the literature regarding woman with breast cancer disease. We used art with therapeutic purposes and the participants were able to express feelings and thoughts related to the topic. In the end, we put into practice muscle progressive relaxation.

Since the beginning until its end, we assessed the interventions in psychotherapy with this group of women, using the scale of quality of life, FACT-G, the subscale FACT-SP12 and the scale of mental adjustment to cancer, MAC.

At the ending of the intervention, those women with breast cancer disease registered a higher level of life-quality and an improved use of the coping strategy "willingness to fight", which promotes a better mental adjustment to disease.

Índice

INTRODUÇÃO.....	3
PARTE I.....	7
1. A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DA MULHER COM CANCRO DE MAMA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA – IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E DOS TRATAMENTOS NA QUALIDADE DE VIDA.....	7
2. O CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NA MULHER COM CANCRO DE MAMA – CONTRIBUTOS DO MODELO DE NEUMAN NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	14
3. INTERVENÇÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO – O GRUPO COMO SUPORTE NA DOENÇA ONCOLÓGICA.....	17
PARTE III.....	24
4. PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	24
4.1. Primeira Fase do Projecto: Estágio num serviço de internamento de pessoas com doença mental em fase aguda.	25
4.1.1. Planeamento da intervenção no âmbito psicoterapêutico com pessoas com doença mental	29
4.2. Segunda Fase do Projecto – Intervenção de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico com grupos de mulheres com cancro de mama.....	31
4.2.1. Planeamento da intervenção no âmbito psicoterapêutico com grupo de mulheres com cancro da mama.....	33
5. RESULTADOS	36
5.1. Fase 1 - Avaliação inicial	36
5.2. Fase 2 - Avaliação no final da intervenção.....	38
6. DISCUSSÃO.....	41
7. QUESTÕES ÉTICAS	45
8. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	46
9. QUESTÕES EMERGENTES E SUGESTÕES	46
10. CONCLUSÃO	47
11. BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	56

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Plano da intervenção com pessoas com doença mental.....	31
Quadro 2- Plano da Intervenção com mulheres com cancro da mama	35
Quadro 3- Resultados da 1ªFase da Escala de Qualidade de Vida FACT-G ..	36
Quadro 4- Resultados da 1ªFase da Subescala FACIT-SP12-Bem-Estar Espiritual	36
Quadro 5- Resultados da 1ªFase da Escala de Ajustamento Mental à Doença - MAC.....	37
Quadro 6- Resultados da 2ªFase da Escala de Qualidade de Vida FACT-G ..	38
Quadro 7- Resultados da 2ªFase da Subescala FACIT-SP12-Bem-Estar Espiritual	38
Gráfico 1- Gráfico comparativo das duas fases de aplicação da escala FACT-G e subescala FACIT-SP12.....	40
Quadro 8- Resultados da 2ªFase da Escala 1.....	40
Gráfico 2- Gráfico comparativo das duas fases de aplicação da escala MAC	41

Introdução

Este relatório apresenta o desenvolvimento de um projecto que decorreu no estágio, no âmbito do I curso de Pós-graduação e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A finalidade deste relatório passa por descrever o percurso realizado durante o estágio, tendo em conta as aprendizagens e as intervenções efectuadas, bem como por especificar a forma como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica foram desenvolvidas.

O estágio foi desenvolvido em torno de um projecto cuja temática é a intervenção de Enfermagem de âmbito psicoterapêutico com mulheres com cancro de mama, tendo como finalidade cuidar de pessoas em sofrimento mental relacionado com o diagnóstico e tratamento desta doença.

Tendo em consideração o equilíbrio das pessoas com doença oncológica, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, pela sua formação e competências, possuem uma visão das múltiplas dimensões da pessoa, actuam a vários níveis e devem intervir com projectos no âmbito psicoterapêutico que promovam a saúde mental destas pessoas.

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) para 2007-2016 reforça a importância da promoção do bem-estar mental e da prevenção dos problemas de saúde mental, chamando a atenção para a necessidade de intervir nestas duas áreas com o objectivo de reduzir os factores de risco e de promover os factores de protecção, diminuindo, assim, a incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizando o impacto que estas exercem nas pessoas, nas famílias destas e nas sociedades em geral.

A doença oncológica é frequentemente acompanhada por um sofrimento mental intenso, o que se associa a uma prevalência significativa de perturbações de ansiedade e depressão no decurso da doença (MIOVI & BLOCK, 2007). São cada vez mais os estudos que indicam que o sofrimento associado ao diagnóstico de cancro pode gerar distúrbios psiquiátricos, Mishra et al. (2006) num estudo com 38 pessoas, referem que a prevalência de distúrbios psiquiátricos nestas pessoas é de 63%. Neste estudo, todas

as pessoas apresentavam elevados níveis de ansiedade e 63% das pessoas apresentavam depressão major e 37% depressão minor. Lueboonthavatchai (2007) numa amostra de 300 mulheres com cancro da mama verificou que 19% destas mulheres apresentavam sintomas de ansiedade e 16.7% sintomas de depressão. Mais recentemente Chen (2010) numa amostra de 1399 mulheres com diagnóstico de cancro de mama constatou que 265 dessas mulheres apresentavam sintomas depressivos e 13% preenchiam os critérios de depressão clínica.

A depressão representa uma das principais morbilidades psiquiátricas da pessoa com doença oncológica e relaciona-se com a diminuição da adesão à terapêutica, as estadias mais prolongadas no hospital e a redução da qualidade de vida e está igualmente implicada no aumento do suicídio e do desejo de apressar a morte que muitos destes doentes apresentam – situação particularmente mais intensa em estádios avançados da doença (MIOVI & BLOCK, 2007).

A pertinência deste projecto assenta na imprescindibilidade da promoção da saúde mental e da prevenção da doença e, essencialmente, na necessidade de conferir suporte à pessoa com doença oncológica, a qual deve ser entendida enquanto parte de um grupo vulnerável à doença mental.

O objectivo geral deste projecto consiste em promover intervenções de Enfermagem que permitam a manutenção e promoção da saúde mental das mulheres com cancro da mama submetidas a quimioterapia

Foram ainda traçados objectivos específicos para o projecto, designadamente desenvolver as seguintes competências:

1. No âmbito psicoterapêutico, que permitam cuidar da pessoa em sofrimento mental em razão da doença oncológica;
2. De intervenção com grupos no âmbito psicoterapêutico que permitam um ajustamento mental mais eficaz à doença oncológica e uma melhor qualidade de vida das mulheres com cancro da mama;
3. De avaliação global de pessoas com doença mental;
4. De avaliação global de pessoas com doença oncológica.

Aos objectivos supramencionados, acrescenta-se, outrossim, o de avaliar os resultados da intervenção terapêutica individual e de grupo com pessoas em sofrimento mental.

O presente relatório organiza-se em duas partes distintas, a saber:

Na primeira parte, será efectuado o enquadramento da temática onde serão abordadas as questões relacionadas com a experiência emocional da mulher com cancro de mama submetida a quimioterapia e o impacto do diagnóstico e dos tratamentos na qualidade de vida desta. Um dos temas que serão analisados nesta parte corresponde à importância do cuidado de Enfermagem especializado prestado à mulher com cancro de mama e os contributos do modelo de Neuman aplicado aos cuidados em oncologia. Outra das questões abordadas passa pela intervenção de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico, bem como pela relevância dos grupos enquanto suporte na doença oncológica.

A segunda parte deste relatório corresponde à apresentação do trabalho desenvolvido em estágio e encontra-se dividida em dois momentos, nomeadamente:

O primeiro corresponde à descrição das intervenções realizadas em contexto hospitalar num serviço de internamento de pessoas com doença mental. Relativamente a este contexto de estágio, serão feitas referências às competências adquiridas e desenvolvidas.

O segundo momento refere-se às intervenções realizadas num Hospital de Dia de Oncologia, onde foi implementado o projecto de intervenção no âmbito psicoterapêutico com um grupo de mulheres com cancro da mama. Este projecto implicou a realização de cinco sessões, durante as quais foram abordados temas descritos na literatura enquanto áreas possivelmente problemáticas para a mulher que se depara com o diagnóstico e os tratamentos associados ao cancro da mama.

Serão ainda apresentados os resultados da aplicação da escala de qualidade de vida, FACT-G, e subescala, SP12, bem como os resultados da escala de ajustamento mental à doença aplicados antes e após a intervenção em grupo, no sentido de avaliar o impacto da Intervenção de âmbito psicoterapêutico na qualidade de vida e saúde mental das mulheres inseridas no grupo.

Por fim, as questões éticas perfarão, outrossim, objecto de discussão, assim como as limitações do trabalho, as questões emergentes e as sugestões para investigação futura.

PARTE I

1. A experiência emocional da mulher com cancro de mama submetida a quimioterapia – Impacto do diagnóstico e dos tratamentos na qualidade de vida

Segundo Chalifour (2008), ao longo da nossa vida fazemos face a múltiplos agentes de stress. Estes possuem várias características, podendo ser de ordem física (como, por exemplo, a dor física); de ordem psicossocial (como, por exemplo, a morte de alguém próximo); provir de fontes internas (como, por exemplo, pensamentos negativos sobre si ou sobre os outros) e ser conscientes ou inconscientes.

Perante os agentes de stress, pode a pessoa vivenciar emoções e sentimentos difíceis de gerir, experimentando dificuldade em encontrar nela própria os recursos necessários enfrentar esses agentes, podendo, por isso, ocorrer uma situação de crise (CHALIFOUR, 2008).

Sabemos que, perante a doença e o impacto desta na vida das pessoas e das suas famílias, pode a pessoa passar por um processo de crise, uma vez que o diagnóstico de uma doença com risco de vida cria perigo imediato aos olhos do indivíduo e dos seus familiares. A ameaça é tão real que a resposta racional é ter medo e angústia (SELLICK, 2007).

No sentido de compreendermos o que é uma crise, é importante termos em conta a teoria da crise. Caplan (1980) foi um psiquiatra que se dedicou à compreensão e ao desenvolvimento desta teoria; definiu a crise como um estado no qual a pessoa sofre mudanças na sua vida, enfrenta um obstáculo que, por um certo tempo, é inultrapassável pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas. Há, então, um desequilíbrio entre o problema e os recursos imediatamente disponíveis para resolver esse problema (CAPLAN, 1980).

Segundo a teoria da crise, existem quatro fases que nos proporcionam uma visão de como se processa uma situação de crise (CAPLAN, 1980):

Fase 1 – Há um aumento inicial da tensão provocada pelo estímulo/problema. Ocorre a experiência de ansiedade, em virtude da tomada de consciência de uma ameaça, e são accionadas as respostas habituais.

Fase 2 – Devido à novidade da situação e continuando a existir o estímulo/problema, ao haver uma falta de sucesso na redução da ansiedade com as respostas habituais, sucede, conseqüentemente, uma elevação do estado de ansiedade e perturbação.

Fase 3 – A pessoa recorre às suas reservas de força e amplia os seus mecanismos de emergência para solucionar o problema. Utiliza novos métodos e pode conseguir diminuir a intensidade do problema. Poderá, de forma gradual, redefinir o problema, de modo a enquadrá-lo no âmbito de outras experiências anteriores. Em consequência desta mobilização de esforço e redefinição da situação, o problema pode ser resolvido. Isto poderá envolver uma alteração do papel da pessoa face aos outros e face a ela própria, restabelecendo o distúrbio provocado pelas fases anteriores. A pessoa pode tornar-se mais forte dado que aprendeu métodos de lidar eficazmente com uma situação nova e ameaçadora, ficando com estas novas aprendizagens no seu repertório de respostas.

Fase 4 – No entanto, se o problema se mantém sem a satisfação das necessidades, a tensão produzida pela ansiedade pode levar a pessoa para além do limiar do racional, podendo atingir um ponto de ruptura. Ocorre uma grave desorganização do indivíduo, com resultados que podem afirmar-se drásticos.

As fases supracitadas fazem-nos perceber os processos emocionais numa situação de crise e, apesar de a crise poder vir a tornar-se num potencial motivo de crescimento, não podemos dissociá-la de um momento de sofrimento, na medida em que “sofrer é viver o impacto de um mal-estar biopsicossocial intenso que domina a consciência e altera a experiência existencial e a capacidade de relação com mundo. Vive-se essa experiência como uma alteração de nós mesmos, os nossos projectos são contrariados, as nossas referências vacilam e somos confrontados com os nossos limites.” (GAMEIRO, 1999)

Apesar de a crise poder ser precipitada por eventos externos ou internos, todas as situações de crise têm características comuns; a pessoa em crise por um determinado período de tempo pode experienciar confusão, desorientação, ansiedade e sofrimento intenso (YERUSHALMI, 2007).

As situações de crise vão ter implicações nos padrões mentais que organizam o mundo interno da pessoa, existindo um aumento do esforço para lidar com o mundo externo, o

que vai implicar uma reorganização interna de respostas para o mundo exterior (YERUSHALMI, 2007). Por outro lado, as situações de crise exigirão, por parte da pessoa, uma solução criativa e pessoal para manutenção ou aumento da eficácia adaptativa, caso contrário, haverá regressão e perda da eficácia da adaptação (SIMON, cit. em RYAD & KAYOKO, 2008).

Relativamente à crise na pessoa com doença oncológica, é crucial que seja assumido que o sofrimento na doença adquire um carácter multidimensional, uma vez que afecta psicológica e fisicamente a pessoa, levanta questões existenciais, provoca preocupações sociais e relacionais, podendo, também, apresentar uma dimensão relacionada com experiências positivas que são admissíveis na doença (GAMEIRO, 1999).

Estão descritas reacções que a pessoa pode experienciar perante o sofrimento associado à doença, nomeadamente: ansiedade, na medida em que a doença desperta na pessoa medo da dor, da incapacidade, da morte, da perda de ideais e objectivos de vida; negação, recusando a aceitação da doença e minimizando-a; depressão, em que os doentes demonstram labilidade emocional, se encontram retraídos, podendo mesmo pensar em suicídio – por vezes, a depressão pode decorrer de sentimentos de culpa e a doença é encarada como punição, e a pessoa doente reage com sentimentos de inutilidade e desespero; choro, que corresponde à libertação da emoção; raiva, que simboliza a zanga por estar doente e por todos os problemas e angústias causados pela doença (CORNEY, 2000).

De acordo com Brennan (2001), as pessoas com cancro experienciam níveis elevados de stress porque algumas das suas concepções foram fracturadas e aquelas são obrigadas a alterá-las. Algumas das concepções fragmentadas pela experiência de ter um cancro são referentes à trajectória de vida, às representações acerca do próprio, à natureza das relações de afecto e às questões espirituais e existenciais. Assim, as pessoas com cancro encontram-se em risco de perder a sua estrutura motivacional, o que pode conduzir à falta de esperança e depressão.

A mulher com um diagnóstico de cancro da mama vê-se perante uma doença que está associada à perda, ao desfiguramento, à dor, à incerteza no futuro e, na maioria das

vezes, ao medo de morrer, podendo experimentar níveis elevados de ansiedade e depressão (COSTA, 2004).

Numa primeira fase da doença, as reacções emocionais podem ser diversas mas, geralmente, são de descrença, choque, ansiedade, irritabilidade, falta de apetite, medo da possibilidade de fazer tratamentos que sejam violentos fisicamente e, maioritariamente, as mulheres acabam por ter pensamentos intrusivos acerca do futuro (OGDEN, 2004).

Um das questões importantes na mulher com cancro de mama é a imagem corporal e as mudanças provocadas pela cirurgia mamária e pelos tratamentos sistémicos que afectam a auto-imagem, a auto-estima e, consequentemente, também a sexualidade (DAVID et al., 2006).

No que se refere à sexualidade e à relação conjugal, um dos medos frequentes da mulher mastectomizada é o afastamento do companheiro devido à mutilação a que foi sujeita; a mulher antecipa, não raramente, uma possível rejeição, mesmo que esse medo não tenha fundamento; o receio pode evitar, contudo, o contacto íntimo do casal, contribuindo para um verdadeiro afastamento sexual e conjugal; os efeitos secundários da quimioterapia também reduzem acentuadamente o desejo sexual por fadiga, mal-estar, entre outros sintomas (DAVID et al., 2006).

No que concerne às mulheres jovens com cancro da mama poderão vivenciar um maior impacto psicossocial e, até, apresentarem um estado emocional mais alterado e uma pior qualidade de vida na fase de diagnósticos e tratamentos, pois a perda total ou parcial da mama, os tratamentos de quimioterapia e os seus efeitos secundários com consequências na aparência física e na feminilidade irão interferir directamente na sexualidade, na relação com o parceiro e na qualidade de vida (BAUCOM et al., 2006).

Por todas as situações mencionadas, a mulher com cancro de mama pode sentir-se injustiçada e a dúvida espiritual é muitas vezes sentida pelas pessoas que tentam seguir uma doutrina religiosa ou até por aqueles que são ateus. Esta sensação de injustiça pode resultar na perda de significado espiritual e no isolamento (BRENNAN, 2001).

O mundo social da mulher com cancro também pode entrar em ruptura perante o diagnóstico, pois, quer a pessoa com a doença, quer as pessoas que a rodeiam confrontam-se com a possibilidade da perda. Esta realidade é muito angustiante e causadora de stress para a mulher com cancro dado sofrer pela possibilidade de morte, mas também perante pensar na reacção que essa morte provocaria nas pessoas à sua volta (BRENNAN, 2001).

Todo este impacto do diagnóstico e dos tratamentos do cancro da mama interfere na qualidade de vida da mulher e vai implicar estratégias de *coping* que possibilitem a estabilidade emocional.

O *coping* é definido por Lazarus e Folkman (1984) como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir exigências específicas, internas ou externas, sendo as externas referentes ao acontecimento stressante em si, enquanto as internas correspondem à reacção emocional.

A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto; as estratégias de *coping* utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *coping* da pessoa (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Perante a doença oncológica, podem-se verificar estratégias de *coping* centradas na emoção, como o evitamento, a negação, o distanciamento e a fuga do problema, todavia, estas estratégias estão associadas a uma maior angústia e implicam mais dificuldade de ajustamento à doença por outro lado, as estratégias orientadas para a resolução do problema poderão diminuir os índices de morbilidade psicossocial (LEAL & VARELA, 2007).

Podem ser identificados vários estilos de *coping* usados pela mulher com cancro, uns ser mais activos, outros mais passivos, podendo ser classificados em cinco categorias (WATSON et al., 1999):

Espírito de luta: o diagnóstico de cancro é encarado como um desafio existe; uma visão optimista do prognóstico; a pessoa possui crenças de controlo do curso da doença e respostas de *coping* orientadas para a combater.

Desespero/ desesperança: a doença é encarada como uma perda irreparável; há uma visão negativa do prognóstico, uma baixa percepção de controlo da doença e a ausência de respostas orientadas para a alteração da situação.

Preocupação ansiosa: visão da doença como uma ameaça; a pessoa possui muitas incertezas relativamente ao prognóstico; procura informação sobre a doença de forma compulsiva na tentativa de exercer controlo sobre a situação, interpretando, no entanto, essa informação de forma negativa.

Fatalismo: visão do diagnóstico como uma ameaça menor; há a aceitação passiva de qualquer prognóstico e baixa percepção de controlo da doença.

Evitamento/ negação: a gravidade da doença é negada ou minimizada, existindo uma visão positiva do prognóstico e ausência de avaliações relativas ao controlo da situação.

Em Portugal, partindo de uma amostra de 89 mulheres com cancro da mama, Leal e Varela (2007) verificaram que as estratégias de *coping* mais utilizadas foram o espírito de luta e o fatalismo. Estas estratégias permitiram a adaptação à situação e o ajustamento à doença de forma distinta, uma vez que a estratégia espírito de luta é considerada uma estratégia de *coping* concentrada na resolução do problema, enquanto o fatalismo, que diz respeito à aceitação passiva da doença, é uma estratégia de *coping* centrada na emoção.

As estratégias de *coping* activas, como o espírito de luta – no qual o padrão de resposta é caracterizado por uma atitude optimista e a doença é encarada como um desafio –, poderão estar relacionadas com melhor ajustamento mental à doença, resultando em menos depressão, menor ansiedade e menores reacções de raiva nas mulheres com esta patologia (PATRÃO, LEAL & MAROCO, 2007).

Num estudo realizado por David et al. (2006) com 60 mulheres com cancro da mama, verificou-se que a ansiedade e depressão estariam relacionadas com as estratégias de *coping* utilizadas e com o controlo das emoções negativas na medida em que o evitamento/negação, a preocupação ansiosa e a desesperança podem aumentar a possibilidade de depressão e perturbação da ansiedade. Os autores referem, também, que o pessimismo e o optimismo irão reflectir-se nos níveis de ansiedade, no bem-estar

emocional e na qualidade de vida destas mulheres uma vez que o pessimismo vai implicar uma postura menos activa na luta contra a doença e menor aceitação da situação, enquanto que o optimismo vai permitir que a pessoa tenha uma maior sensação de controlo da situação, assuma um papel activo e sinta-se capaz de vencer a doença ou melhorar a sua situação

No entanto, nenhuma estratégia de *coping* deve ser considerada melhor ou pior do que outra, deverão antes ser avaliadas em função das características e dos recursos da pessoa, pois, se, por um lado, a negação e a fuga possam ser ineficazes por não resolverem o problema, por outro, têm valor adaptativo quando nada pode ser feito para aliviar o desconforto que a situação provoca (LEAL & VARELA, 2007).

O ajustamento mental ao cancro da mama deve ser entendido, contudo, como um processo dinâmico que vai implicar por parte da mulher a utilização de estratégias que lhe permitam lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a situação, envolvendo o recurso a estratégias que visem a resolução do problema (LEAL & VARELA, 2007).

O processo de doença pode ser, para muitas mulheres com cancro da mama, uma experiência de crise, em que estas procuram um sentido para esse acontecimento na sua vida, embora seja passível de possibilitar, outrossim, mudanças na forma como vive e um novo significado para a sua própria vida (PEREIRA, 2002).

Apesar do sofrimento associado a uma doença tão ameaçadora como a doença oncológica, prevê-se, tal como noutras crises, que este possa ser um momento de crescimento e transformação. Algumas mulheres dão um sentido positivo à experiência da doença oncológica, realçando alterações positivas na vida, tais como o facto de se concentrarem mais nas relações com os amigos e a família, sentirem maior força emocional, a mudança de prioridades na vida, o desejo de aproveitar melhor o dia-a-dia, mais recursos pessoais para lidar com os problemas, maior bem-estar espiritual e melhor qualidade de vida (CARVER et al., 2005).

Este sentido positivo dado à experiência da doença oncológica poderá ser potenciado pelo suporte social no qual as intervenções dos profissionais de saúde, surgem como um factor crucial no bem-estar das mulheres com cancro da mama.

2. O Cuidado especializado de Enfermagem na mulher com cancro de mama – Contributos do Modelo de Neuman na intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Segundo Damásio (2004) “Tanto quanto sabemos poucas ou nenhuma percepções de qualquer objecto ou situação, presente na realidade ou recordado da nossa memória, podem ser classificadas como neutras em termos emocionais”.

De acordo com o mesmo autor, as emoções iniciam o seu impacto na mente e podem ser primárias ou universais, englobando a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa ou a aversão; secundárias ou sociais, implicando a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho, e emoções de fundo, tais como o bem ou o mal-estar, a calma ou a tensão, a irritação e o entusiasmo (DAMÁSIO, 2004). Deste modo, ao assumirmos a pessoa como um todo, é extremamente importante compreendermos as emoções e os sentimentos do indivíduo que é alvo dos nossos cuidados.

Watson (2002) realça que “a mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma”. Neste sentido, é importante que, através de uma relação terapêutica, sejamos capazes de aceder ao mundo interior da pessoa, de forma a percebermos as suas necessidades, sejam físicas, sociais, psicológicas ou espirituais.

Uma das situações em que a pessoa está susceptível de sentir uma necessidade de ajuda “é quando é invadida por certas emoções que a afectam (medo, ira, ansiedade, culpabilidade, receio, etc.)” (CHALIFOUR, 2008). No entanto, sabemos que a pessoa com necessidade de ajuda pode não conseguir reconhecer ou aceitar as emoções que a habitam, ou recusar-se a fazê-lo. Esta situação pode criar-lhe um estado de tensão, dificilmente tolerável, que tenta reduzir através de diferentes meios internos ou externos (CHALIFOUR, 2008).

É importante que o Enfermeiro seja capaz de ajudar a pessoa com doença oncológica a reconhecer as suas emoções e sentimentos, no sentido de a auxiliar a encontrar um equilíbrio interno, a promover a saúde mental que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas

capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.

A Enfermagem tem o objectivo de ajudar a pessoa a ganhar um grau mais elevado de harmonia, na mente, no corpo e na alma, e isso vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-cura e auto-cuidado (WATSON, 2002). O Enfermeiro deve ajudar a pessoa a encontrar significado da sua existência, na desarmonia e no sofrimento (WATSON, 2002). Esta harmonia entre o corpo, a mente e a alma também é enfatizada à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, no qual o homem é visto como um sistema aberto em equilíbrio dinâmico com o meio, constituído por várias partes, todas elas em interacção, existindo uma compreensão holística da pessoa, na qual todas as suas dimensões deverão ser assumidas – as dimensões física, mental, social e espiritual –, reconhecendo que todas as partes e subpartes estão organizadas, inter-relacionando-se de modo dinâmico (NEUMAN, 1995).

Segundo Neuman (1995), o bem-estar do sistema é definido como uma condição estável, em que todas as subpartes se encontram em harmonia com todo o sistema, devendo a Enfermagem focar a sua atenção no objectivo de manter o sistema da pessoa estável, intervindo com precisão, tanto na avaliação dos efeitos dos stressores ambientais quanto na assistência à pessoa, para os ajustes necessários a um nível óptimo de bem-estar, entendendo que um nível óptimo de bem-estar pressupõe o melhor estado de saúde possível para o cliente em determinado momento.

Esta abordagem sistémica de Neuman permite conferir ênfase à promoção do bem-estar e, conseqüentemente, à prevenção da doença. Parece-nos essencial no âmbito da saúde mental e neste sentido que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica esteja capacitado para a promoção da saúde mental e se mobilize para ajudar e capacitar a pessoa em sofrimento mental rumo a responder às suas necessidades (BENNER, 2004). A panóplia de instrumentos e técnicas utilizados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental faculta-lhe emitir juízos clínicos de elevada especificidade, tomar decisões e formular diagnósticos de Enfermagem. Permite-lhe, ainda, distinguir quais são as necessidades prioritárias da pessoa que cuida, ajudando-a a identificar os recursos e os limites, tendo em vista o equilíbrio e o melhor bem-estar possível (BENNER, 2004).

Tendo em consideração o sofrimento mental associado ao cancro da mama, torna-se importante o cuidado especializado com intervenções que promovam a saúde mental e a qualidade de vida na doença oncológica, pois a mulher com cancro está sujeita a inúmeros factores de stress. Neuman (1995) revê o stress e a reacção a este como componentes básicas do sistema; para este autor, os stressores são factores ambientais, cuja natureza pode ser intra, inter ou extrapessoal. Podem ser **stressores intrapessoais** quando sobrevêm no indivíduo, como, por exemplo, a angústia e medo; **stressores interpessoais**, sempre que ocorrem entre pessoas, e **stressores extrapessoais**, quando se desencadeiam fora da pessoa como por exemplo o ambiente hospitalar.

Quando os stressores do ambiente ameaçam o bem-estar da pessoa, ocorre a activação de linhas de defesa que, segundo o Modelo de Sistemas de Neuman (1995), podem ser definidas em três níveis, a saber: linha flexível de defesa, descrita como um pará-choques que impede que os stressores atravessem o estado normal de bem-estar; linha de defesa normal, que representa a estabilidade do indivíduo e se traduz nas suas estratégias de *coping*, estilos de vida e nível de desenvolvimento, e linhas de resistência, que são os factores de recurso para lidar com os stressores.

O Enfermeiro pode intervir num ou em todos os três níveis de prevenção simultaneamente: na prevenção primária, que implica uma intervenção na identificação e diminuição de riscos actuais ou potenciais provenientes de stressores ambientais, de modo a prevenir uma eventual reacção; na secundária, que incide sobre a sintomatologia resultante da reacção ao stressor, em que se estabelecem prioridades de intervenção e tratamento de modo a reduzir os efeitos nocivos dos stressores, e na terciária, em que os processos adaptativos se concebem como reconstituição e factores de manutenção que mobilizam a pessoa para ocupar de novo lugar na prevenção primária (NEUMAN, 1995).

Atendendo aos três níveis de intervenção definidos pela autora supracitada, ainda que o problema da mulher com cancro da mama seja inicialmente o sofrimento/doença em que o primeiro objectivo é restaurar a saúde e há uma intervenção a nível secundário, deve o Enfermeiro actuar de forma a diminuir o impacto dos stressores, tendo uma intervenção a nível primário, preocupando-se, igualmente, em contribuir para reforçar

as linhas de defesa no sentido de a pessoa alcançar e manter o bem-estar, intervindo, deste modo, ao nível da prevenção terciária.

Tendo em consideração as questões da promoção da saúde mental, a Ordem dos Enfermeiros (2009) preconiza como fazendo parte da intervenção de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica coordenar, implementar e desenvolver projectos de promoção e protecção da saúde mental; actuar na prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, incluindo projectos que fomentem a participação activa dos clientes na vida social, e accionar projectos que promovam o bem-estar e saúde mental das pessoas que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições.

3. Intervenção de âmbito psicoterapêutico – O grupo como suporte na doença oncológica

Existem vários estudos que apontam para intervenções de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico com pessoas com doença oncológica, no sentido de diminuir o sofrimento mental e de promover a qualidade de vida em todas as fases da doença.

Num estudo em que foram questionadas 60 doentes com diagnóstico de cancro, Mizuno et al. (2009) constataram que essas pessoas valorizavam a relação Enfermeiro/Pessoa doente, por ser uma relação de maior proximidade através da qual se sentem compreendidos e ajudados ao nível físico, social, emocional e espiritual. Ainda neste estudo, verificou-se que as intervenções no âmbito psicoterapêutico que permitam à pessoa com doença oncológica verbalizar sentimentos, pensamentos e que possibilitem que estas se sintam escutadas têm benefícios muito significativos no bem-estar destas pessoas.

O bem-estar da pessoa com doença oncológica é potenciado por intervenções focadas nas suas necessidades, devendo estas ser avaliadas por profissionais treinados. Vitek et al. (2007) identificam a importância do uso de escalas como complemento nas avaliações das necessidades da pessoa, como, por exemplo, a escala do *distress*, da qualidade de vida e do ajustamento mental à doença, após esta avaliação ter como recurso terapêutico o uso de técnicas no âmbito psicoterapêutico.

Reduzir os factores de stress e intervir na crise da mulher com cancro da mama implica que exista uma avaliação contínua dos níveis de ansiedade. No sentido de atenuar os efeitos nocivos, torna-se imperioso avaliar quais as respostas que a pessoa tem perante o stress e quais os factores psicológicos, sociais, afectivos, biológicos e ambientais que condicionam as respostas em situações traumáticas (HANSEN, 2008).

A criação de programas de acompanhamento à pessoa com doença oncológica que vise a promoção do bem-estar emocional, social e espiritual, permite reduzir o risco de doença mental (FREEMAN et al., 2008).

Em Hong Kong, Chan e os seus colegas (2006) implementaram um projecto psicossocial, com o intuito de promover a transformação e o crescimento da pessoa com doença oncológica. Assumiram que esta, ao ter cancro, vai necessitar dos seguintes factores, de forma a viver a crise e a conseguir tirar adquirir benefícios: senso de domínio; sentido de auto-eficácia; capacidade de abordar a experiência do trauma em vez de a evitar; apoio social que facilita o crescimento e utilização do processo de avaliação cognitiva que promova o crescimento.

Este projecto implicava um programa de intervenção que consistiu na realização de cinco sessões. Cada sessão tinha um tema específico e, ao longo das cinco sessões de intervenção, os participantes foram incentivados a expressar as suas emoções (positivas e negativas), expor os seus problemas e a demonstrar o seu apoio uns aos outros. Numa análise qualitativa, os autores aferiram que, em 12 participantes, todos iniciaram a primeira sessão com uma postura negativa, com verbalização de sentimentos negativos relativos à doença e à sua própria vida. No entanto, na última sessão, apenas uma pessoa não verbalizava transformação e crescimento com a crise (CHAN et al., 2006).

Assim, torna-se extremamente relevante conhecer as estratégias implementadas por este programa, que demonstrou uma grande eficácia no acompanhamento de pessoas com doença oncológica (CHAN et al., 2006):

Estratégias para a promoção de um senso de domínio: informação sobre tratamentos, dieta, saúde e imunidade, fornecidos através de palestras, vídeos e discussão. Os participantes ganham conhecimentos e sentem-se menos desamparados. A meditação, os exercícios físicos, a massagem e o relaxamento são

ensinados para que as pessoas possam recuperar um senso de controlo sobre o seu próprio corpo e a saúde.

Estratégias para facilitar o desenvolvimento de auto-eficácia: uma abordagem centrada na dimensão física (auto-cuidado e exercício), cognitiva (reestruturação cognitiva) e emocional (expressão de emoções). São exploradas as forças pessoais e os ganhos, em vez de focalizar a perda provocada pela crise e pelo trauma.

Estratégias para facilitar a capacidade de abordar a experiência do trauma: uma abordagem em que se compartilham histórias de pessoas que tenham ultrapassado a crise. A abordagem das estratégias utilizadas por aqueles que lidaram com sucesso com o trauma pode sustentar esperança e fornecer subsídios para outras pessoas com cancro.

Estratégias para o desenvolvimento de valorização da vida: cancro significa morte para a maioria das pessoas, logo, o doente sente-se confrontado com o medo da morte. Torna-se crucial incentivar as pessoas a falar sobre as suas bênçãos e aquilo que apreciam na vida. As pessoas com doença oncológica podem ser capazes de fazer isso, comparando a sua situação com vítimas de catástrofes ou com pessoas que estão em pior situação do que elas.

Estratégias para melhorar o apoio social: num ambiente de grupo, os participantes irão experimentar um sentimento de aceitação, amor, educação e conexão com outros membros. Eles são também incentivados a apreciar o apoio dos entes queridos e a reforçar redes sociais com familiares e amigos. Ser capaz de ser útil para outros pode ser muito estimulante.

Estratégias cognitivas para reavaliação: a partilha de experiências e emoções é incentivada de forma verbal através do diálogo, por escrito em diários, cartões, ou através de expressão artística como a música, a dança ou o desenho. A partir da discussão reflexiva do grupo, podem surgir novas perspectivas. Estimulando a recolha de eventos de vida significativos, os participantes recordam os seus objectivos e sonhos anteriores, os recursos que utilizaram para enfrentar outras crises, no sentido de fomentarem um sentimento de confiança e esperança

Outro estudo contou com um total de 28 participantes com cancro de mama, em que 16 se encontravam no grupo de controlo e receberam o tratamento-padrão apenas com acompanhamento médico em ambulatório e outros 12 fizeram parte do grupo experimental com 10 sessões semanais de terapia de grupo orientada por Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental. Nestas 10 sessões, foram realizadas actividades, tais como: exercícios físicos, informação sobre a dieta adequada, informação sobre o tratamento, massagem dos pontos de acupunctura, relaxamento com técnica de visualização de imagens, expressão de emoções através do desenho e da arte em geral (LIU et al., 2008). Através da análise qualitativa de entrevistas realizadas antes e após as 10 sessões, constatou-se que esta intervenção em grupo reduziu a ansiedade dos doentes em 95% dos casos dos doentes que se encontravam no grupo experimental (LIU et al., 2008).

Ainda tendo em conta os níveis elevados de ansiedade manifestada pelas mulheres com cancro de mama, outro estudo com 30 mulheres verificou uma redução da ansiedade e da desesperança com sessões de relaxamento em grupo durante 8 semanas consecutivas. (LOPES et al., 2008).

Uma das vantagens de uma intervenção em grupo assenta na constatação de que o contacto entre pessoas que vivenciam situações semelhantes podem propiciar uma influência benéfica, uma vez que estas, ao perceberem que não são as únicas a viver uma situação de crise, compartilham estratégias para lidar com esta, ajudam-se mutuamente e estimulam comportamentos saudáveis (OLIVEIRA, 2008).

Os grupos de suporte propiciam aos participantes espaços que favorecem a manifestação de sentimentos, a compreensão e a aceitação do processo de doença, pois, além do suporte emocional dos profissionais envolvidos, têm a possibilidade de serem compreendidos por pessoas que estão numa situação semelhante (OLIVEIRA, 2008).

O modelo interaccional de Yalom, citado por Guerra e Lima (2005), identifica 12 factores terapêuticos enquanto necessários no processo terapêutico de grupo, considerados etapas sequenciais que implicam uma interligação dinâmica entre os seguintes factores:

Instilação de esperança – Estimular a esperança de que as coisas possam ser diferentes, reforçando as expectativas positivas e reduzindo os medos e as tensões a partir da convivência com pessoas que vivem uma situação semelhante;

Universalidade – Fortemente relacionada com a instilação de esperança, permite que os membros do grupo percebam que não são os únicos a viver um problema; garante aos membros que os sentimentos de inadequação ou os sentimentos indesejáveis são partilhados por vários membros;

Informação – Inclui todas as informações técnicas e orientações dadas pela coordenação do grupo, visto que os esclarecimentos ajudam a perceber que existe explicação para determinadas situações; compreender essas explicações pode ser o primeiro passo para as controlar;

Altruísmo – Diz respeito ao facto de partilhar uma parte de si mesmo com outros integrantes do grupo, exercendo um efeito positivo em quem recebe mas também em quem oferece, pois, ao fazer algo pelos outros, a pessoa sente que precisam dela e que tem valor; sente, em suma, que é importante e necessária.

Recapitulação correctiva do grupo familiar primário – Como o grupo é formado por pessoas passíveis se sentirem como irmãos e pelo líder, encarado como uma figura paterna, os membros podem começar a interagir com outros integrantes do grupo ou com o líder, da mesma forma como interagiam com seu grupo familiar primário em algum momento da vida, numa reedição de vivências familiares anteriores. Através do grupo, a pessoa pode corrigir algumas disfunções, alguns papéis e revivê-los correctamente.

Modelagem – No grupo, tanto o líder, quanto os demais membros se tornam modelos de comportamentos novos e mais saudáveis. A modelagem pode ser o primeiro passo para a interiorização de novos comportamentos e valores.

Desenvolvimento de competências sociais – A habilidade de se relacionar de forma directa, honesta e íntima com outras pessoas do grupo pode ser um ganho secundário. A necessidade de os membros se relacionarem no grupo, de resolverem conflitos e de se interessarem pelos outros elementos faz com que as competências sociais se desenvolvam naturalmente.

Aprendizagem interpessoal – As oportunidades de experienciar situações semelhantes, dentro e fora do grupo, propiciam mudanças no comportamento pessoal e ajudam a encontrar alternativas para enfrentar problemas, a experimentar novos comportamentos e a redefinir objectivos.

Coesão – Relações dos membros com o coordenador, com outros participantes e do grupo como um todo. É descrita como resultado de todas as forças que actuam sobre cada participante para que ele permaneça no grupo.

Catarse – Expressão das emoções ligada a outros processos do grupo, particularmente com a universalidade e a coesão. Sozinha, raramente produz mudança duradoura para o paciente, embora promova uma sensação de alívio.

Factores existenciais – Elementos no processo grupal que ajudam a lidar com os pressupostos da existência humana: morte, isolamento, liberdade e falta de significado.

As intervenções de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico deverão ir ao encontro das necessidades da pessoa com doença oncológica. Uma intervenção em contexto de grupo poderá ter benefícios alargados em termos de qualidade de vida, repercutindo-se no bem-estar quer físico quer psicossocial quer espiritual. A mulher com cancro da mama carece de um suporte social que a ajude a vivenciar o momento de diagnóstico e de tratamentos com qualidade de vida (LIU et al., 2008).

O suporte social é crucial na medida em que corresponde a um conjunto de mecanismos que, através das relações interpessoais, protegem a pessoa dos efeitos prejudiciais do stress na sua saúde e na qualidade de vida, Sendo que as fontes mais importantes deste suporte são a família, os amigos e os profissionais de saúde (SERRA, 2005; EDGAR et al 2000).

Este suporte social pode ser caracterizado em diferentes tipos, nomeadamente: Suporte Emocional, que ocorre quando a pessoa se sente estimada pelos outros, quando recebe amor, amizade, apoio, segurança, o que contribui para melhorar a sua auto-estima; Suporte Perceptivo, que permite à pessoa fazer uma avaliação mais correcta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objectivos mais realistas; Suporte Informativo, que corresponde às informações que ajudam a compreender melhor as situações difíceis de perceber, facilitando a tomada de decisão;

Suporte Instrumental, que consiste na ajuda concreta em termos materiais/ de serviços que a pessoa recebe de forma a resolver um problema, e, por fim, Suporte através do Convívio Social, que se traduz no sentimento de estar acompanhado, de fazer parte de uma rede social e de participar em várias actividades sociais (SERRA, 2005).

Edgar et al (2000) referem que as fontes de suporte utilizadas pelas mulheres com cancro de mama ajudam a lidar com a experiência de ter um cancro e sublinham que que as mulheres que recorreram a organizações onde existam grupos de suporte ou a terapias complementares alternativas, tem benefícios na diminuição do sofrimento mental causado pela doença pois recorrem mais a estratégias de o *coping* centradas no problema e menos a estratégias de *coping* de evitamento. Neste sentido, a intervenção de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico surge como uma forma de aumentar esta rede de suporte social.

Parte III

4. Plano e implementação do projecto

Este trabalho teve como finalidade a criação de um projecto de promoção da saúde mental e da qualidade de vida de mulheres com cancro da mama submetidas a quimioterapia, através do cuidado especializado, com recurso a intervenções de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo.

O projecto que aqui se apresenta tomou lugar em duas fases distintas. Num primeiro momento, foi realizado um estágio a nível hospitalar em Serviço de Psiquiatria de pessoas com doença em fase aguda, no sentido de existir uma apropriação de conhecimentos no âmbito da doença mental e de intervir na crise e no sofrimento mental da pessoa com doença mental.

A segunda fase correspondeu ao estágio comunitário, que foi realizado num Hospital de Dia de Oncologia na equipa de psico-oncologia, acompanhando doentes submetidos a quimioterapia, onde foram implementadas intervenções de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo, no sentido de diminuir o sofrimento mental associado ao diagnóstico e ao tratamento da mulher com cancro de mama.

Objectivo Geral:

Promover intervenções de Enfermagem que permitam a manutenção e promoção da saúde mental das mulheres com cancro da mama.

Objectivos Específicos:

Desenvolver competências no âmbito psicoterapêutico que permitam cuidar da pessoa em sofrimento mental, por doença oncológica;

Fomentar um melhor ajustamento mental das mulheres com cancro de mama;

Promover a qualidade de vida das mulheres com cancro de mama;

Incrementar competências de Intervenção no âmbito psicoterapêutico com grupos;

Ampliar competências de avaliação global de pessoas com doença mental;

Desenvolver competências de avaliação global de pessoas com doença oncológica;

Avaliar os resultados da intervenção terapêutica individual e de grupo com pessoas em sofrimento mental.

4.1. Primeira Fase do Projecto: Estágio num serviço de internamento de pessoas com doença mental em fase aguda.

Esta primeira fase do projecto possibilitou o contacto com pessoas com doença mental que, maioritariamente, se encontravam em situação de crise. A avaliação destas pessoas quer nas entrevistas, quer através das passagens de turno permitiu a formulação de diagnósticos de Enfermagem que possibilitaram uma intervenção em grupo com intuito de diminuir o sofrimento mental.

Previamente às sessões de grupo, planeadas no âmbito do estágio, houve a oportunidade de experienciar outras intervenções individuais e de grupo, com vista a assimilar técnicas de intervenção terapêutica no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, através do acompanhamento e observação dos colegas peritos na prestação de cuidados. Este acompanhamento e observação em contexto de estágio revelou-se útil na medida em que permitiu verificar que, tal como preconiza Benner (2004), a actuação do Enfermeiro perito assenta em juízos clínicos de elevada especificidade e na tomada de decisões e formulação de diagnósticos de Enfermagem, que irão depender da forma intencional e consciente de recolha de dados sistemática e da observação de sinais subtis, bem como da interpretação desses dados, com base no seu elevado saber teórico e do conhecimento profundo que detém acerca da pessoa que é cuidada.

As sessões de grupo tiveram a presença de um Enfermeiro do serviço, especialista em saúde mental, que participou como co-terapeuta durante as sessões e, posteriormente, como supervisor.

As competências adquiridas nesta primeira fase do projecto consistem nomeadamente nas que reportam às definidas pela Ordem dos Enfermeiros, recentemente publicadas no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011:

F1 – *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Ao assumirmo-nos como instrumento terapêutico é necessário desenvolver a nossa capacidade de introspecção, pois, para reconhecemos os sentimentos do outro, é importante sermos capazes de reconhecer os nossos próprios sentimentos (PHANEUF, 2005)

Uma vez que o cuidado do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica implica a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, a possibilidade de existir supervisão após cada intervenção com os pessoas com doença mental permitiu desenvolver esta competência, que se revelou crucial em todas as intervenções e contribuiu para o enriquecimento de saberes; teve uma função restaurativa, na medida em que promoveu a introspecção e a compreensão das reacções emocionais durante as intervenções, além de que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados.

Outra das competências desenvolvida foi a **F2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental**. A integração na equipa de Enfermagem permitiu melhorar aspectos ao nível da recolha de informação, pertinente à compreensão do estado de saúde mental das pessoas, e fomentou a mobilização de aptidões de comunicação, com aprofundamento da técnica de entrevista, da capacidade de observação de comportamentos, promovendo uma avaliação abrangente da pessoa com doença mental. Foram treinadas competências comunicacionais em contexto de relação terapêutica que favoreceram o apoio emocional às pessoas com doença mental e às suas famílias.

Relativamente às competências comunicacionais Chaliffour (2008) chama-nos a atenção para a importância da comunicação verbal e não verbal numa relação de ajuda profissional. Deste modo, seguindo as orientações de Chaliffour (2008) houve investimento nas técnicas de comunicação da relação de ajuda atendendo à comunicação não verbal através do toque, da distância e posição física adoptada durante o contacto com a pessoa, do olhar, do silêncio e da escuta. Na comunicação verbal houve recurso às técnicas do reflexo, à síntese, às questões adequadas ao momento, ao feedback, ao conselho e informação.

Foi explorada a intervenção em pessoas com doença mental em situação de crise, uma vez que uma grande parte das pessoas internadas no serviço se encontrava num momento de crise e, neste sentido, foram executadas estratégias de intervenção na

crise definidas por Chaliffour (2008): estabelecer e manter um laço significativo com o cliente; recolher informação acerca deste, procurar com o cliente acontecimentos significativos recentes que contribuíram para a crise; ajudá-lo a tomar consciência da significação que atribui ao acontecimento; corrigir as distorções cognitivas (caso seja necessário); incitá-lo a expressar as suas emoções, a explorar as capacidades de controlo e as suas redes de apoio; oferecer o apoio de que necessite e avaliar os resultados das intervenções.

Foi também desenvolvida ao longo, desta primeira fase, a competência **F4** – *Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*. Esta competência foi uma das mais aprofundadas, por ser também aquela com a qual o contacto anterior havia sido nulo. Treinar esta competência revelou-se, tal como as outras, extremamente importante na concretização de todo este projecto pois, através dela, tem-se como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, a atingir um padrão de funcionamento saudável, satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere – no fundo, promover a sua saúde mental.

O planeamento de intervenções no âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo com um grupo contribuiu para desenvolver aspectos relativos a um relacionamento terapêutico direccionado para uma corrente humanista, dado existir uma identificação pessoal com esta corrente. Dentro desta, há uma inspiração na teoria de Watson (2002) que aborda o *Cuidar Transpessoal*, ensinando-nos que este é um processo interactivo entre quem cuida e quem é cuidado, no qual a humanização flui naturalmente; eu e o cliente somos dois focos de energia e essa energia influencia-nos mutuamente. O momento do cuidar perfaz um momento de união e de intersubjectividade; possibilita que eu toque o outro e o outro a mim, sendo que tocar o outro vai além do toque físico, e isso marca-nos pessoalmente.

Ainda dentro desta corrente, a relação terapêutica estabelecida nestas intervenções possibilitou desenvolver três atitudes essenciais referidas por Roger (1978): a **Empatia**, que se refere à capacidade de perceber o outro tal como ele se percebe; requer abertura à experiência, capacidade de sintonia e sensibilidade por parte do profissional,

para se mostrar permeável aos sinais enviados pelo cliente. A **aceitação positiva incondicional** que significa considerar, acolher, atentar para o fluxo de energia que há no cliente e em si mesmo sem julgar. Não é concordar com tudo o que a pessoa faz, mas acolhê-la na sua experiência. Por último, a **congruência** corresponde à capacidade de estar totalmente presente e de ser autêntico, verdadeiro e honesto na relação. Para isso, torna-se importante que o profissional se perceba a si próprio, se sinta na relação e se permita comunicar ao cliente os seus sentimentos, quando pertinentes no contexto

Assim, houve, por um lado, a possibilidade de investimento na relação terapêutica baseada numa corrente humanista e, por outro, manifestou-se exequível uma prestação de cuidados à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, tendo como base a filosofia do cuidar de Watson.

Partindo dos paradigmas de Neuman compreende-se a **pessoa** como um sistema aberto, multidimensional, com diferentes variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais. O **ambiente** é entendido na sua dimensão interna, externa e criada (aquela que corresponde a uma vivência particular do cliente). A saúde como um contínuo entre bem-estar e doença, em que o organismo tende para a doença e a morte quando a energia necessária é superior à disponível e, por outro lado, propende para o bem-estar quando a energia existente é superior à necessária. Por fim, concebe-se a **enfermagem** como uma acção que assiste ao indivíduo, família ou grupo, no sentido de estes manterem o nível máximo de bem-estar, na qual o objectivo principal é a estabilidade do sistema-cliente através de intervenções que reduzam os stressores (NEUMAN, 1995).

A pessoa é vista numa perspectiva holística que compreende as dimensões física, mental, social e espiritual, reconhece que todas as partes e subpartes estão organizadas, inter-relacionando-se de modo dinâmico, e as intervenções de enfermagem têm como objectivo prevenir, restaurar ou manter a saúde do indivíduo, família e/ou grupo, com enfoque nas variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao stress (NEUMAN, 1995).

A compreensão dos fenómenos de grupo equivaleu a outra das aprendizagens fundamentais nesta primeira fase, tendo sido exploradas as formas de liderança em

função dos objectivos do grupo; a utilização adequada de técnicas de dinamização grupal tendo em conta os seus princípios básicos de aplicação; a importância da coesão no seio do grupo e a relevância que deve ser dada à comunicação e aos seus contributos no processo de grupo. Esta compreensão dos fenómenos de grupo permitiu, também, uma identificação, em termos de intervenção grupal, com o modelo interaccional de Yalom, por ser considerado um modelo eclético. Este modelo, citado por Guerra e Lima (2005) identifica 12 factores terapêuticos necessários no processo terapêutico de grupo, considerados etapas sequenciais que, como já se referiu, implicam uma interligação dinâmica entre os factores anteriormente descritos, a saber: Instilação de esperança; Universalidade; Informação; Altruísmo; Recapitulação correctiva do grupo familiar primário; Modelagem; Desenvolvimento de competências sociais; Aprendizagem interpessoal; Coesão e Catarse.

Considerando o supracitado, esta primeira fase do projecto contribuiu para aprofundar e desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e prestar cuidados à pessoa com doença mental ao encontro das suas necessidades.

4.1.1. Planeamento da intervenção no âmbito psicoterapêutico com pessoas com doença mental

Durante as intervenções recorreu-se ao uso terapêutico da arte, dado que esta potencia a espontaneidade, o aumento da auto-confiança, a expressão de sentimentos, emoções, conflitos, o aumento do *insight*, a autoconsciência, a reflexão e o relaxamento (VALLADARES, 2002).

Foi realizado o Treino de Relaxamento Passivo que é um exercício centrado na sensação de peso, permite o relaxamento muscular dos braços, das pernas, das costas e do abdómen, no sentido de favorecer o auto-conhecimento, a tomada de consciência de si e a utilização de recursos pessoais. Este tipo de relaxamento induz a diminuição das tensões e facilita o repouso (CHALIFFOUR, 2008)

Os diagnósticos de Enfermagem identificados, sobre os quais incidiram as intervenções, seguiram a classificação da CIPE, as intervenções dirigidas segundo a NIC e a avaliação dos resultados esperados com as intervenções, segundo a NOC.

Caracterização do grupo-alvo

A população foi constituída por um grupo de pessoas com doença mental que se encontravam em situação de crise e estavam internadas no serviço de psiquiatria. A selecção destas pessoas foi feita através da informação fornecida nas passagens de turno e das entrevistas realizadas, tendo em atenção os diagnósticos de Enfermagem que foram levantados para os utentes. Os utentes seleccionados foram convidados a participar no grupo. O grupo, formado inicialmente com 7 pessoas, foi um grupo fechado, não permitindo a entrada de mais pessoas ao longo do processo. No entanto, acabaram por participar no grupo apenas 5 pessoas, uma vez que ocorreram alterações no estado de saúde das outras duas pessoas, o que impossibilitou a participação.

A Intervenção foi realizada na sala de actividades do serviço de psiquiatria durante 5 semanas consecutivas e cada sessão teve a duração de 65 minutos.

CrITÉRIOS de inclusão

Utentes com os seguintes diagnósticos de Enfermagem: Ansiedade aumentada; Adaptação inadequada; Adesão ao regime terapêutico ineficaz; Auto-estima diminuída e *Coping* ineficaz.

CrITÉRIOS de exclusão

Utentes com os seguintes diagnósticos de Enfermagem: Agitação psicomotora; Alucinação demonstrada em grau moderado a elevado; Actividade recreativa dependente em grau moderado a elevado; Confusão mental; Delírio em grau moderado a elevado; Hiperactividade e Intolerância à actividade

Objectivos da intervenção

Assistir na crise; Orientar antecipadamente para a crise; Facilitar o relaxamento muscular para minimizar sinais e sintomas indesejáveis.

Indicadores de resultados

Ausência de manifestações comportamentais de ansiedade; Controlo da reacção à ansiedade; Expressão de uma orientação futura positiva; Foco no bem-estar; Foco na adaptação às situações de vida e Desafio das imagens negativas sobre si mesmo.

Avaliação

A avaliação foi feita de forma qualitativa, por via da observação, pelos Enfermeiros intervenientes, através da comunicação verbal e não-verbal dos elementos do grupo tendo em consideração os indicadores de resultados acima referidos. (o plano individual de cada sessão e registo das sessões encontram-se no ANEXO IV).

Quadro 1- Plano da intervenção com pessoas com doença mental

Nº da sessão	Tema da sessão	Actividades
Sessão número 1	O que é uma crise?	Uso terapêutico da arte como meio de expressão; Abordagem do tema pelos participantes: expressão de emoções, pensamentos e sentimentos; Relaxamento.
Sessão número 2	Controlo da ansiedade, raiva e agressividade	Uso terapêutico da arte como meio de expressão; Abordagem do tema pelos participantes: expressão de emoções, pensamentos e sentimentos; Relaxamento.
Sessão número 3	Viver em comunidade (importância das relações e dos recursos da comunidade em situação de crise)	Uso terapêutico da arte como meio de expressão; Abordagem do tema pelos participantes: expressão de emoções, pensamentos e sentimentos; Relaxamento.
Sessão número 4	Importância da medicação para prevenir a crise	Uso terapêutico da arte como meio de expressão; Abordagem do tema pelos participantes: expressão de emoções, pensamentos e sentimentos; Relaxamento.
Sessão número 5	Conhecer-me para prevenir a crise	Uso terapêutico da arte como meio de expressão; Abordagem do tema pelos participantes: expressão de emoções, pensamentos e sentimentos; Movimento/Relaxamento.

4.2. Segunda Fase do Projecto – Intervenção de Enfermagem no âmbito psicoterapêutico com grupos de mulheres com cancro de mama

Esta segunda fase permitiu a implementação de um projecto no âmbito da saúde mental num Hospital de Dia de Oncologia de uma instituição hospitalar na Região de Lisboa e Vale do Tejo, no qual já havia sido aplicada uma escala de qualidade de vida durante o período de Abril a Setembro de 2009 a todas as pessoas submetidas a

quimioterapia com intuito curativo. Nessa altura, havia-se aferido que, numa escala de 0 a 100, a qualidade de vida destas pessoas encontrava-se com um resultado de 69.5. Verificaram-se, no entanto, necessidades de intervenção ao nível do **bem-estar espiritual**, no que se refere a sentirem-se em paz com elas próprias; do **bem-estar emocional**, uma vez que uma grande parte das pessoas referiu tristeza, preocupação com a ideia de morrer, inquietação perante o estado de saúde vir a piorar e sentimento de ansiedade, e do **bem-estar funcional**, em que os *scores* estão inferiores ao nível do sentir prazer em viver; uma grande percentagem das pessoas apresentou, também, dificuldade em dormir e deixou de gostar das coisas que normalmente fazia para se divertir (Congresso Nacional de Oncologia, 2010)

Atendendo à qualidade de vida da pessoa com doença oncológica Strong et al. (2004) alertam-nos para a importância da multidisciplinaridade nos cuidados à pessoa com doença oncológica tendo em consideração a prevalência de depressão e reforça a relevância de existir uma ligação entre a oncologia e a saúde mental nos cuidados a estas pessoas, no sentido de tratar e prevenir as complicações psicopatológicas que interferem na qualidade de vida

Tendo em consideração a avaliação supracitada, a literatura sobre o sofrimento mental destes doentes e a experiência ao longo de sete anos no acompanhamento de pessoas com doença oncológica, nas diferentes fases de evolução da doença – nas quais existe o confronto diário com o sofrimento mental associado à doença e com crises da pessoa com doença oncológica e da família associadas a momentos como o diagnóstico, os tratamentos e a recidiva, faz todo o sentido uma intervenção no âmbito da saúde mental com o intuito de promover a qualidade de vida. Deste modo, foi implementado o projecto que foi acompanhado e supervisionado pelo Professor Orientador que participou nas sessões de grupo. A psicóloga da equipa de psico-oncologia também participou nas sessões.

Previamente à inclusão nas sessões de grupo, as mulheres, após diagnóstico médico e a decisão de início dos tratamentos de quimioterapia, tiveram uma consulta de Enfermagem, que correspondeu ao primeiro contacto da pessoa com o Enfermeiro. Esta consulta foi assente na Relação de Ajuda, com base nos pressupostos de Chalifour (2008). A primeira fase do estágio teve um contributo importante para estas

consultas, por ter sido um espaço no qual houve a possibilidade de observar Enfermeiros peritos e realizar entrevistas de Relação de Ajuda com supervisão, o que permitiu o aprofundamento desta competência uma vez que, tal como refere Chalifour (2002), esta relação se estabelece em condições muito variadas e complexas, exigindo ao profissional conhecimentos gerais, habilidades e saberes profissionais para responder às necessidades específicas das pessoas, bem como um bom domínio do autoconhecimento, crucial na intervenção psicoterapêutica.

4.2.1. Planeamento da intervenção no âmbito psicoterapêutico com grupo de mulheres com cancro da mama

Caracterização do grupo-alvo

A nossa população foi constituída por um grupo de pessoas com diagnóstico recente de cancro da mama que se encontram em tratamento de quimioterapia com intuito curativo. A amostra foi constituída por 8 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade, 6 das quais casadas e 2 viúvas, todas com filhos e com grau superior de escolaridade. A selecção destas pessoas decorreu em Consulta de Enfermagem prévia ao início do tratamento de quimioterapia. As pessoas seleccionadas foram informadas sobre os objectivos da intervenção e convidadas a participar no grupo. O grupo, formado, assim, com 8 pessoas, foi um grupo fechado e todas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão no grupo, durante a fase de selecção que decorreu durante um mês, foram sujeitas à Intervenção.

Critérios de inclusão

Mulheres com diagnóstico médico de cancro da mama, submetidas a quimioterapia com intuito curativo. Mulheres com os seguintes diagnósticos de Enfermagem: Ansiedade aumentada; Auto-estima diminuída e Bem-Estar comprometido.

Critérios de exclusão

Clientes com diagnóstico médico de cancro da mama, submetidas a quimioterapia com intuito paliativo.

Objectivos da intervenção:

Proporcionar apoio emocional; Promover o bem-estar; Diminuir a ansiedade; Promover um melhor ajustamento mental à doença oncológica; Promover a qualidade de vida.

Indicadores de resultados

Controlo da reacção à ansiedade; Expressão de uma orientação futura positiva; Foco no bem-estar; Foco na adaptação às situações de vida e Desafio imagens negativas sobre si mesmo.

Avaliação

A avaliação foi qualitativa, através da observação pelo Enfermeiro, tendo em consideração a comunicação verbal e não-verbal dos elementos do grupo e atendendo aos indicadores de resultados acima referido.

Foi aplicada a escala de qualidade de vida, **FACT-G**, com a subescala FACIT-SP12 e escala de ajustamento mental ao cancro, **MAC**, antes e no fim das cinco sessões. (Escala apresentada no ANEXO III).

A **FACT-G**, um questionário genérico desenvolvido pela organização *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), é constituída por 27 itens, que se distribuem por 4 grandes domínios, a saber: Bem-Estar Físico; Bem-Estar Familiar/Social; Bem-Estar Emocional; Bem-Estar Funcional e uma subescala que avalia o Bem-Estar Espiritual. A resposta a cada item é dada numa escala de Likert de 5 pontos (0=Nem um pouco; 1=Um pouco; 2=Mais ou menos; 3=Muito; e 4=Muitíssimo). A pontuação é somada em cada domínio e convertida numa pontuação percentual de bem-estar. Valores mais elevados correspondem a melhor qualidade de vida. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Arnold et al. (2000), a partir da escala desenvolvida por Cella et al. (1993).

A **Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (MAC)** foi desenvolvida por Watson et al. (1988) a partir da experiência com a versão original da MAC (WATSON et al., 1988). O MAC é um instrumento de auto-preenchimento com 40 itens, distribuídos por 5 subescalas, que cobrem as dimensões; Desânimo/Fraqueza; Preocupação Ansiosa; Espírito de luta; Evitamento Cognitivo e Fatalismo. Cada item é uma afirmação que descreve reacções dos doentes ao cancro. Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de tipo likert de quatro pontos (1=

Não se aplica de modo nenhum a mim; 2= Não se aplica a mim; 3= Aplica-se a mim; 4= Aplica-se totalmente a mim). É uma escala multidimensional que não permite a obtenção de um resultado total e, não permite somar as notas num único score. Para cada uma das suas dimensões, os seus valores são determinados a partir do cálculo do somatório dos itens que as constituem, convertidos em valores percentuais proporcionais ao somatório, em que 0% é o ponto mínimo possível da escala e 100% corresponde ao ponto máximo possível da escala. Esta escala foi validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) para Portugal, a partir da escala desenvolvida por Watson e colaboradores (1988).

Quadro 2- Plano da Intervenção com mulheres com cancro da mama

Nº da sessão	Tema	Actividades
Sessão número 1	Relações Interpessoais	Jogos de apresentação; uso terapêutico da arte; expressão de emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com o tema; Relaxamento
Sessão número 2	Auto-imagem/auto-estima	Quebra-gelo; Uso terapêutico da arte; Expressão de emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com o tema; Relaxamento
Sessão número 3	Gestão de emoções	Quebra-gelo; Uso terapêutico da arte; Expressão de emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com o tema; Relaxamento
Sessão número 4	Conjugalidade/Sexualidade	Quebra-gelo; Uso terapêutico da arte; Expressão de emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com o tema; Relaxamento
Sessão número 5	O Futuro	Quebra-gelo, Uso terapêutico da arte; Expressão de emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com o tema; Relaxamento

5. Resultados

5.1. Fase 1 - Avaliação inicial

Esta primeira fase corresponde à aplicação da escala como avaliação inicial, prévia à intervenção no âmbito psicoterapêutico em grupo, em que todas as mulheres já tinham sido submetidas a cirurgia mamária e a, pelo menos, um ciclo de quimioterapia.

Quadro 3- Resultados da 1ª Fase da Escala de qualidade de vida, FACT-G

FACT-G 1ªFASE	Bem-Estar Físico	Bem-Estar Social/ Familiar	Bem-Estar Emocional	Bem-Estar Funcional
68.5%	73.7%	76.8%	64%	59.8%

Quadro 4- Resultados da 1ª Fase da Subescala FACIT-SP12 – Bem-estar Espiritual

Subescala SP-12 Bem-Estar Espiritual	Estar em Paz	FÉ
66.4%	73.4%	59.4%

Relativamente ao Bem-Estar Físico, tem uma percentagem de 73.7%. A este nível, o item “estou sem energia” e o item e “fico enjoado/a” são aqueles que contam com um maior número de mulheres a referir estes sintomas.

O Bem-Estar Social/Familiar possui a percentagem de 76.8%. Um dos aspectos que mais sobressai tem a ver com o facto de existirem 5 mulheres, num grupo de 8, que não respondem às questões relacionadas com a sexualidade/conjugalidade. Por outro lado, existe uma das pessoas que assume não estar satisfeita com a sua sexualidade.

Ao nível do Bem-Estar Emocional a percentagem é de 64%. Um dos itens mais significativos em termos bem-estar refere-se ao facto de todas as pessoas apresentarem tristeza, sendo que 3 delas referem muita tristeza. Relativamente ao item “Sinto-me nervoso/a”, existem 7 pessoas a identificar nervosismo e 5 identificam-no como sendo muito intenso. Ainda no item “Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar”, observámos que 4 pessoas têm essa preocupação de forma moderada, mas 3 referem muita preocupação.

O Bem-Estar funcional é aquele que tem menor percentagem, 59.8%, existindo mais pessoas com problemas relativamente ao dormir bem, no qual 3 pessoas referem “nem um pouco” no que concerne a este item; relativamente ao item “aceito a minha doença”, existem 5 pessoas a referir “nem um pouco”.

No que concerne ao Bem-Estar Espiritual, a avaliação global é de 66.4%. Podemos ver que a fé tem uma percentagem de 59.4% e o Estar em Paz um valor de 73.4%. Nestas subescalas, o item “Custa-me sentir paz de espírito” é um dos mais assinalados; o item “Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a” é também referido como sendo um dos itens em que as pessoas não estão tão bem.

Por fim, podemos verificar que o valor global da escala FACT-G que avalia a qualidade de vida ao nível do bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional situa-se nos 68.5%, revelando que as mulheres apresentavam um nível moderado de qualidade de vida.

Quadro 5- Resultados da 1ª Fase da Escala de Ajustamento mental à doença - MAC

MAC	%
Espírito de Luta	69.0%
Desânimo/ Fraqueza	42.7%
Preocupação Ansiosa	70.5%
Fatalismo	58.3%
Evitamento/ Negação	43.7%

Através desta escala, torna-se possível verificar que a estratégia de *coping* predominante é a preocupação ansiosa, seguida do espírito de luta, a terceira estratégia mais usada é o fatalismo, seguida do evitamento/negação e por fim o desânimo/fraqueza.

5.2. Fase 2 - Avaliação no final da intervenção

Quadro 6- Resultados da 2ª Fase da Escala de Qualidade de Vida, FACT-G

FACT-G 1ª FASE	Bem-Estar Físico	Bem-Estar Social/ Familiar	Bem-Estar Emocional	Bem-Estar Funcional
78.5%	83.9%	74.1%	87%	69.2%

Quadro 7- Resultados da 2ª Fase da Subescala FACIT-SP12 – Bem-Estar Espiritual

Subescala FACIT- SP12 Bem-Estar Espiritual	Estar em Paz	FÉ
74.95%	80.4%	69.5%

Nesta 2ª fase, o Bem-Estar Físico sobe para 83.9% com melhoria nos itens “estou sem energia” e no item e “fico enjoado/a”. No entanto, 6 pessoas referiram incômodo com os efeitos secundários da quimioterapia; uma delas considera ser muito esse incômodo e outra, muitíssimo.

O Bem-Estar Social/Familiar tem a percentagem de 74.1%. Este nível de bem-estar desce ligeiramente comparativamente com a primeira avaliação. O que verificamos nesta fase é que, em relação ao item “Recebo apoio dos meus amigos”, há 3 pessoas a considerar “apenas um pouco”, enquanto, na fase anterior, consideravam ser muito esse apoio. Por outro lado, relativamente às questões da sexualidade, todas as mulheres responderam, o que não aconteceu na fase anterior. Nesta fase, não há ninguém a assinalar que não está nem um pouco satisfeita com a sua sexualidade; existe, inclusive, uma pessoa a manifestar-se muito satisfeita e outra muitíssimo.

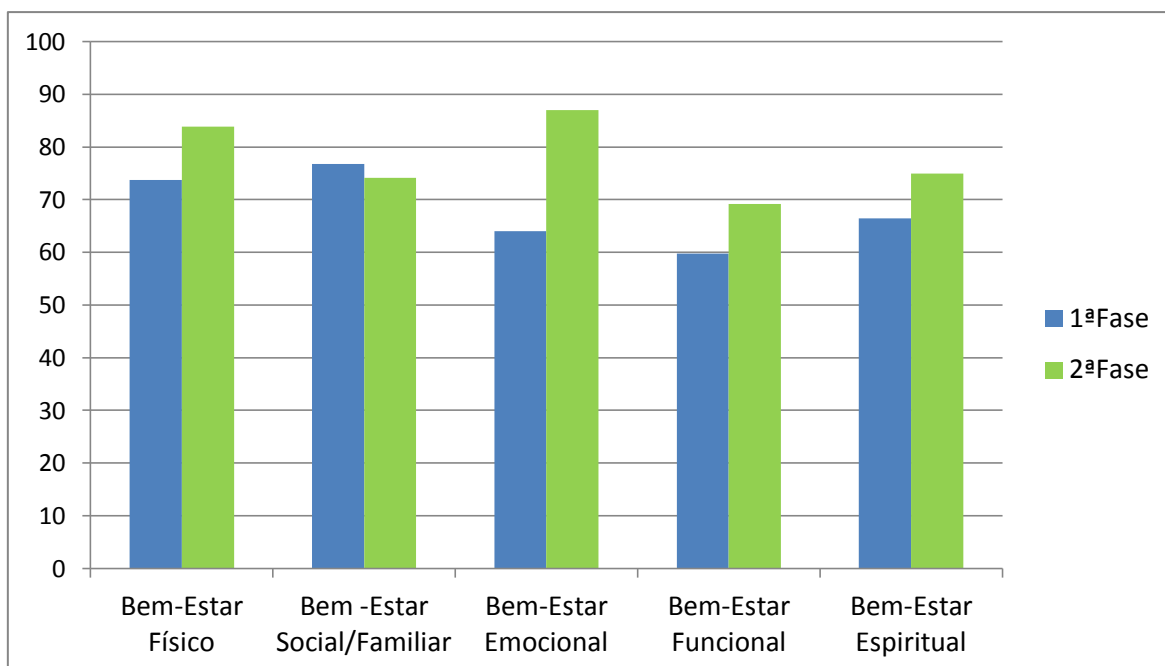
Ao nível do Bem-Estar Emocional, a percentagem é de 87%, sendo este aquele que apresenta resultados mais elevados após as cinco sessões em grupo. O item que se refere à tristeza diminui muito significativamente, não havendo ninguém a afirmar-se como muito ou muitíssimo triste, como aconteceu na avaliação inicial, existindo 5 mulheres a assinalar que não se sentiram nem um pouco tristes e três assinalam um pouco. Relativamente ao item “Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença”, todas as mulheres assinalaram “nem um pouco”. Outro item, onde notámos melhoria, tem a ver com “Sinto-me nervoso/a”, em que 5 das mulheres assinalam não sentirem nem um pouco de nervosismo; ninguém assinalou como muito ou muitíssimo, como aconteceu na avaliação inicial. No item “Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar”, observámos que 6 pessoas têm essa preocupação de forma moderada, embora ninguém esteja muito ou muitíssimo preocupado com essa questão.

O Bem-Estar Funcional também melhorou, apresentando uma percentagem de 69.2%, existindo menos pessoas com problemas no item “durmo bem” e não havendo ninguém a referir “nem um pouco”. Quanto ao item “aceito a minha doença”, apenas uma pessoa se mantém a não aceitar a doença.

O Bem-Estar Espiritual também teve um aumento significativo com uma percentagem de 74.95%. Relativamente à Fé, a percentagem nesta fase é de 69.5%, há quatro pessoas a assinalar como muitíssimo o item sp11 – “A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais”. No item sp12 – “Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem”, 6 pessoas respondem muito e 2 muitíssimo. No que concerne ao Estar em Paz, verificámos uma percentagem de 80.4% e notámos dados mais significativos no item “Sinto-me em Paz”, no qual há 2 pessoas a assinalar muito e 4 muitíssimo. No item “Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim”, 4 pessoas assinalam muito e 2 muitíssimo. No item, “Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a”, 5 pessoas assinalam muito e 2 no muitíssimo.

Verificamos, assim, que a FACT-G apresenta uma percentagem de 78.5%, o que corresponde a um nível de Bem-Estar global superior à avaliação inicial

Gráfico 1- Gráfico comparativo das duas fases de Aplicação da Escala FACT-G e subescala FACIT-SP12

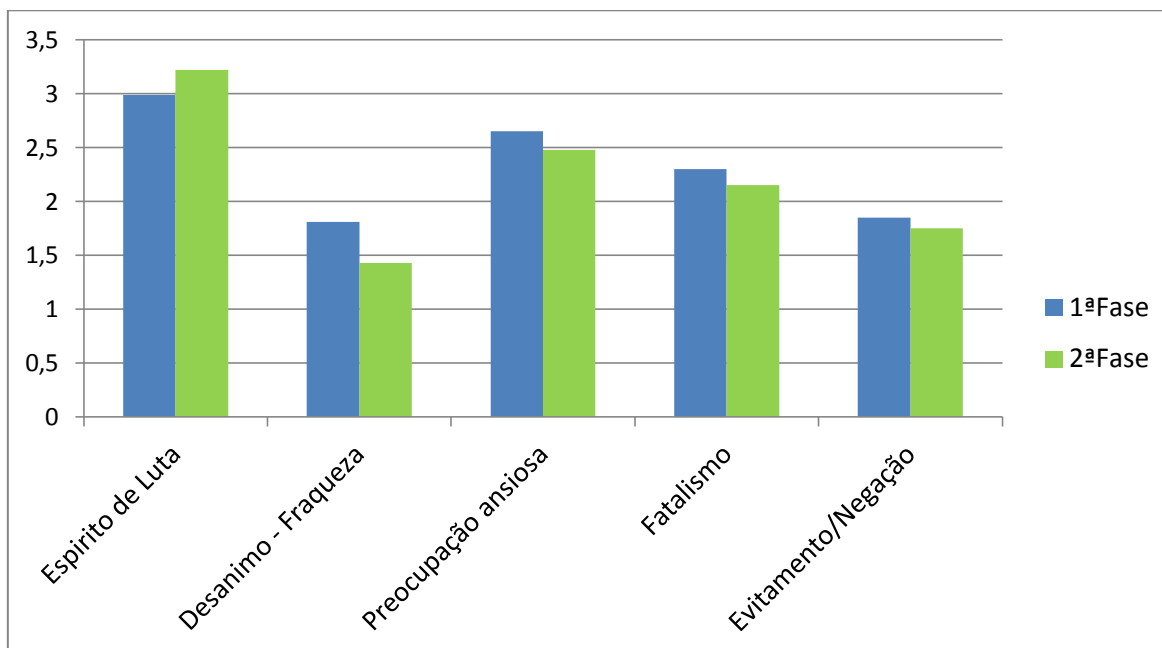


Quadro 8- Resultados da 2ªFase da Escala de Ajustamento mental à doença - MAC

MAC	%
Espírito de Luta	76.84%
Desânimo/Fraqueza	40.62%
Preocupação Ansiosa	63.19%9
Fatalismo	52.40%
Evitamento/Negação	34.37%

Nesta segunda fase de avaliação a estratégia de coping mais utilizada é o espírito de luta, seguida da preocupação ansiosa, a terceira estratégia mais usada mantém-se o fatalismo, seguida do desânimo/fraqueza e por fim o evitamento/negação.

Gráfico 2- Gráfico comparativo das duas fases de aplicação da escala MAC



6. Discussão

Podemos constatar uma melhoria global na qualidade de vida na 2ª Fase de aplicação da escala comparativamente com a 1ª Fase.

O Bem-Estar Físico progride significativamente, uma vez que o que estava pior na primeira avaliação era a falta de energia e as náuseas, o que melhorou. É de salientar que, durante as sessões, algumas pessoas referiram náuseas antecipatórias. As náuseas e vômitos antecipatórios à quimioterapia são um modelo clássico de resposta condicionada, associada a estímulos desagradáveis decorrentes do tratamento, e estão relacionados com níveis elevados de ansiedade e distúrbios emocionais (COELHO, 2006). Por outro lado, ainda ao nível do Bem-Estar Físico, o facto de existirem mais pessoas incomodadas com os efeitos secundários da quimioterapia pode estar relacionado com o efeito cumulativo dos citostáticos, uma vez que, no final das sessões, as mulheres já tinham feito um maior número de ciclos de quimioterapia.

A ligeira diminuição do Bem-Estar Social/Familiar pode relacionar-se com o facto de as mulheres referirem nas sessões uma menor presença dos amigos à medida que o tempo passa, por outro lado referem uma maior aproximação da família nuclear. Brennan (2001) aborda esta questão referindo que é natural que perante o confronto com a doença exista uma redefinição dos papéis sociais e a natureza das relações

possa sofrer alterações, o que pode surgir como um factor positivo e originar relações interpessoais mais criativas. O facto de uma das sessões realizadas incidir nas relações interpessoais, implicou uma visão da pessoa como um sistema aberto que está em interacção com o ambiente e, teve o objectivo de ajudar a pessoa a ter uma maior consciência de si e do seu ambiente, de forma a facilitar uma análise e maior capacidade de fazer escolhas mais adaptadas ao momento que vivencia e às suas necessidades (CHALIFOUR, 2008).

Outro facto a salientar ao nível da avaliação do Bem-Estar Social/Familiar, tem a ver com uma maior abertura das mulheres para as questões da sexualidade, na segunda fase da aplicação das escalas, tendo havido uma maior adesão às questões relacionadas com a intimidade ao nível sexual, o que pode estar relacionado com a circunstância de estes assuntos terem sido abordados no grupo e de as mulheres terem tido a possibilidade de manifestar pensamentos e sentimentos relativos às questões relacionadas com a sexualidade. Na sessão onde este assunto foi abordado, todas as mulheres referiram ser extremamente importante falarem sobre a sexualidade e conjugalidade e reforçaram ter sido a primeira vez que sentiram abertura e à-vontade para poder falar sobre o assunto.

Nesta sessão as mulheres exprimiram os seus medos relativamente à perda do companheiro, mencionaram aspectos físicos que interferem na relação sexual – tais como a mucosite vaginal e a falta de lubrificação vaginal, falaram da dificuldade que têm em mostrar o corpo devido à perda da mama e também abordaram a dificuldade em comunicar alguns pensamentos e sentimentos com os companheiros. A sexualidade foi um tema fulcral na intervenção que foi realizada a estas mulheres pois, tal como nos refere Brennan (2001), a relação com o parceiro pode entrar em ruptura perante o diagnóstico de cancro da mama, um dos medos frequentes da mulher com cancro da mama é o afastamento do companheiro devido à alteração da imagem quer pelos tratamentos, quer pela cirurgia a que foi sujeita, por vezes antecipando uma possível rejeição e diminuindo a comunicação entre o casal.

Ainda na sessão, onde foi abordada a sexualidade, algumas mulheres, valorizaram as coisas positivas que tem acontecido dentro da relação conjugal, tais como as

manifestações de afecto e amor e, até mesmo, em alguns casos, uma maior intensidade na relação sexual por esta estar mais centrada nos afectos.

O Bem-Estar Emocional foi aquele no qual se observou uma melhoria mais significativa, existindo, assim, uma diminuição da tristeza e da ansiedade; um aumento da esperança e da capacidade de lutar contra a doença. Uma das sessões referentes à intervenção realizada neste estágio teve como tema central as emoções e as participantes foram incentivadas a partilhar emoções, o uso da arte como forma de expressão foi facilitador desta partilha. Algumas mulheres manifestaram ser a primeira vez que se permitiram chorar em frente a outras pessoas e libertarem-se da angústia que tem sentido quando controlam as lágrimas, referiram ainda alívio por saberem que outras mulheres partilham o mesmo sofrimento, as mesmas emoções e sentimentos. Deste modo, tal como nos diz Yalom, citado por Guerra e Lima (2005), surge a universalidade no grupo como um factor terapêutico uma vez que, as pessoas sentem-se compreendidas, percebem que não são as únicas a ter sentimentos indesejados e surge também a catarse que promove a sensação de alívio e uma aprendizagem interpessoal que pode propiciar mudanças positivas.

A diminuição da ansiedade e da tristeza, verificadas na segunda fase de aplicação das escalas, são extremamente importantes uma vez que, como já foi relatado anteriormente, está descrito na literatura que a ansiedade e a depressão poderão ser factores de morbilidade psicológica das pessoas com doença oncológica.

Existe uma ansiedade que é normal existir. É, contudo, considerada um distúrbio quando esta ocorre em momentos em que não se justifica ou quando é tão intensa e/ou duradoura que interfere com as actividades habituais do indivíduo. Pode surgir repentinamente como pânico, ou gradualmente ao longo do tempo, e pode ter uma duração de alguns segundos, minutos, dias ou anos, variando sua intensidade entre ligeira, moderada ou grave. Contrariamente à ansiedade normal, a patológica paralisa a pessoa, afecta o bem-estar e o desempenho e não permite que se prepare e enfrente situações ameaçadoras, é pois uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude da sua intensidade ou duração (KEETON et al., 2009).

O recurso ao relaxamento passivo na fase final de todas as sessões realizadas foi referido pelas mulheres com cancro da mama como algo que favoreceu a diminuição

da ansiedade e, imediatamente após o relaxamento, todas proferiram pequenas frases positivas, tais como “sinto-me bem”; “relaxada”; “em paz”; “calma”; “leve”. O recurso ao relaxamento numa intervenção com mulheres com cancro da mama permite-lhes um maior senso de controlo sobre o próprio corpo e a saúde, sendo importante o treino, orientado por profissionais, para que possam ser autónomas na utilização deste recurso (CHAN et al., 2006). O *feedback* das mulheres é importante, visto que, deste modo, o Enfermeiro percebe os benefícios imediatos do relaxamento. Já Chalifour (2009) refere como essencial o animador solicitar aos participantes uma partilha e comentários sobre o relaxamento, assinalando idiossincrasias, factores que promoveram ou dificultaram o seu relaxamento, devendo acolher todos os comentários.

O Bem-Estar Funcional melhorou, essencialmente ao nível da qualidade do sono. Um dos aspectos que pode ter melhorado esta situação tem a ver com o facto de as mulheres, no decorrer das sessões, referirem o recurso ao relaxamento antes de adormecer, exercendo um efeito positivo na qualidade do sono. Neste sentido, o relaxamento é importante pois, segundo Miller et al.(2005), os distúrbios de sono e outras limitações do funcionamento físico são frequentes nestas mulheres, interferindo no funcionamento diário, o que pode contribuir para a depressão uma vez que, pode provocar perda da independência e da capacidade para realizar actividades sociais e profissionais e propiciar o isolamento social.

A aceitação da doença foi também um aspecto que melhorou, segundo os resultados das escalas. A Intervenção em grupo com estratégias que facilitem o desenvolvimento da auto-eficácia onde são exploradas as forças pessoais e os ganhos, em vez de focalizar a perda provocada pela crise e pelo trauma, onde as pessoas possam identificar por elas próprias as coisas que valorizam na vida, onde possam experienciar um clima de aceitação incondicional dos seus sentimentos, dúvidas e emoções, pode ajudar a pessoa no processo de aceitação da doença (CHAN et al., 2006).

O Bem-Estar Espiritual também revelou um aumento significativo e as pessoas demonstraram ser capazes de encontrar conforto na fé e em crenças espirituais, bem como conforto nelas próprias. Revelaram, no fim das sessões, sentirem-se em paz e harmonia. As questões relacionadas com a espiritualidade foram abordadas, essencialmente, na última sessão que circulou à volta do futuro, onde as mulheres

focaram as questões relacionadas com a sua própria existência, com o medo da morte. A sensação de injustiça e dúvida existencial é muitas vezes sentida após um diagnóstico de cancro implicando perda de significado espiritual e isolamento, o que torna necessário abordar as questões existenciais, permitindo a manifestação de emoções e sentimentos (BRENNAN, 2001).

O estado emocional e as percepções/representações que as pessoas têm da doença e dos tratamentos são preditores importantes das estratégias de *coping* utilizadas. A depressão e a ansiedade são preditores da preocupação ansiosa, do desânimo/fraqueza e do evitamento cognitivo. Por outro lado, o espírito de luta está relacionado com o optimismo, com a esperança de poder ter algum controlo sobre a doença, com a aceitação realista da doença (FERNANDES, 2009).

O aumento, na segunda fase de avaliação, do espírito de luta e a diminuição do desânimo/fraqueza, da preocupação ansiosa, do fatalismo e do evitamento/negação, pode estar relacionado com o aumento do bem-estar global, que verificamos na aplicação da escala de qualidade de vida após as intervenções no âmbito psicoterapêutico.

7. Questões Éticas

Uma vez que este projecto decorreu no âmbito do estágio da especialidade, as actividades desenvolvidas na primeira fase do projecto, inseridas no plano de actividades do serviço, foram previamente conhecidas e autorizadas pelo Enfermeiro-chefe do serviço.

Relativamente à segunda fase do projecto, por ser uma implementação de um projecto não existente, que implicou a aplicação do questionário de qualidade de vida e a escala de ajustamento mental à doença, foi feito, tendo sido pedido à comissão de ética do hospital que deu um parecer positivo e autorizou a sua implementação do projecto, no contexto não só de estágio, mas da prestação de cuidados, passando este a fazer parte dos cuidados oferecidos a mulheres com cancro da mama submetidas a quimioterapia.

A participação nas actividades foi colocada à consideração das pessoas, tendo sido explicados os objectivos das sessões e entregue um consentimento informado, que autorizava o uso dos dados recolhidos para fins de trabalhos de investigação.

8. Limitações do Trabalho

A inexperiência na área da saúde mental foi uma limitação para as intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupos de mulheres com cancro de mama, o que implicou um estágio num serviço de psiquiatria com pessoas em fase aguda da doença no sentido de desenvolver e adquirir competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Outra das limitações esteve relacionada com tempo em que decorreram as intervenções no Hospital de Dia Médico, que acabou por ser mais tarde do que estava planeado devido a contratempos de ordem burocrática e de organização interna da instituição.

Ainda como limitação, as intervenções psicoterapêuticas eram para ser orientadas pela Enfermeira orientadora do estágio hospitalar, que se disponibilizou para o acompanhamento no estágio comunitário. No entanto, os horários e datas das sessões, por questões referentes ao espaço onde iriam decorrer, não eram compatíveis com a disponibilidade da Enfermeira. Esta situação implicou recurso ao Professor Orientador, que acabou por fazer esse acompanhamento e a supervisão das intervenções.

9. Questões Emergentes e sugestões

Este projecto de intervenção no âmbito psicoterapêutico com mulheres com cancro de mama é um projecto que se mantém para além do estágio. Está previsto que este suporte em grupos abarque outras pessoas com doença oncológica e também familiares. Neste sentido, é necessário que sejam implementadas intervenções ao encontro das características e necessidades de cada grupo.

Será pertinente manter-se a avaliação da qualidade de vida das pessoas e do ajustamento mental à doença e seria interessante uma avaliação qualitativa com recurso à gravação das sessões. Tem-se o objetivo futuro, fazer uma análise de conteúdo das sessões o que poderá traduzir-se muito útil em termos de investigação, uma vez que as sessões realizadas foram muito ricas em termos de informação relativa

às emoções que as pessoas vivem, à sexualidade, à auto-estima e à auto-imagem, às questões relacionadas com o suporte social e à espiritualidade.

10. Conclusão

O diagnóstico e o tratamento do cancro estão, frequentemente, associados a um grande sofrimento mental, existindo um elevado risco de morbilidade ao nível da saúde mental da pessoa que sofre de uma doença oncológica. Deste modo, faz todo o sentido que a intervenção de Enfermagem também passe pela promoção da qualidade de vida e da saúde mental destas pessoas.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica possui competências que permitem uma intervenção especializada que possibilite a promoção, a manutenção da saúde mental e a prevenção da doença. Este projecto foi ao encontro da aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em saúde mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros no entanto, é necessário assumir que o desenvolvimento destas competências é um processo contínuo que implica investimento pessoal e profissional e que não se esgota neste projecto.

Deu-se um grande ênfase ao desenvolvimento de competências que permitissem intervenções no âmbito psicoterapêutico, no sentido de se poder intervir na promoção da saúde mental e prevenção da doença em mulheres com cancro de mama. Neste sentido, houve necessidade de recorrer a um contexto, onde existem pessoas com doença mental e Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica que mobilizam vários conhecimentos e técnicas de intervenção no âmbito da promoção da saúde mental.

A realização do estágio num serviço de internamento de pessoas com doença mental tornou possível uma melhor compreensão do sofrimento mental e das consequências desse sofrimento na qualidade de vida, independentemente do diagnóstico médico. Permitiu a observação e o acompanhamento de Enfermeiros peritos na prestação directa de cuidados, bem como a possibilidade de planejar, executar e avaliar intervenções de Enfermagem com supervisão.

Este relatório apresentou as várias fases de implementação do projecto, cuja finalidade foi cuidar de pessoas em sofrimento mental relacionado com o diagnóstico e o

tratamento do cancro da mama, com recurso a intervenções no âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo.

A intervenção no âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo foi organizada em 5 sessões que decorreram semanalmente, durante 5 semanas consecutivas. Cada sessão teve um tema específico, a fim de abordar diferentes áreas consideradas como mais sensíveis e possivelmente problemáticas na mulher com cancro de mama. Além da expressão de pensamentos e sentimentos relativos aos temas em questão, as sessões tiveram recurso ao uso terapêutico da arte e ao relaxamento muscular progressivo.

Esta intervenção foi ancorada numa corrente humanista, no que concerne à relação do Enfermeiro com a Pessoa com doença oncológica; assumiu os factores terapêuticos da intervenção em grupo introduzidos no modelo interaccional de Yalom e fundamentou-se no Modelo de sistemas de Neuman.

A avaliação da intervenção foi realizada com base em duas escalas, a escala de qualidade de vida, FACT-G, com a subescala FACT-SP12, que se refere ao bem-estar espiritual, e escala de ajustamento mental ao cancro, MAC, que foram aplicadas antes e no final da intervenção no âmbito psicoterapêutico

Na avaliação inicial, verificou-se que, no que se refere ao Bem-Estar Espiritual, a avaliação global é de 66.4%; relativamente à escala FACT-G, que avalia a qualidade de vida ao nível do Bem-Estar Físico, Social/Familiar, Emocional e Funcional, o valor global situa-se nos 68.5%, revelando que as mulheres apresentavam um nível moderado de qualidade de vida. Na Escala de Ajustamento Mental à doença, apurámos que a estratégia de *coping* predominante era o espírito de luta, a segunda estratégia, a preocupação ansiosa e, a terceira, o fatalismo.

No final da intervenção, verificámos que o Bem-Estar Espiritual teve um aumento significativo com uma percentagem de 74.95%; a FACT-G apresenta uma percentagem de 78.5%, o que também corresponde a um nível de Bem-Estar global superior à primeira avaliação.

Relativamente à Escala de Ajustamento Mental à doença, mantém-se nesta segunda fase de avaliação, o espírito de luta como a primeira estratégia de *coping*, como

segunda, a preocupação ansiosa, seguindo-se do fatalismo, evitamento/negação e, por fim, desânimo/fraqueza. No entanto, ocorreu um aumento do espírito de luta e uma diminuição do desânimo/fraqueza, da preocupação ansiosa, do fatalismo e do evitamento/negação.

Em suma, após a intervenção no âmbito psicoterapêutico, as mulheres apresentaram uma melhor qualidade de vida e um maior recurso à estratégia de *coping* espírito de luta, o que promove um melhor ajustamento à doença.

Os objectivos deste projecto foram atingidos quer pela possibilidade de desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, quer pelas intervenções que tiveram um efeito positivo na melhoria da qualidade de vida e saúde mental, resultando em ganhos na saúde, das mulheres com cancro de mama

A experiência vivenciada no decurso deste projecto foi mais uma experiência que enriqueceu um percurso profissional possibilitando o aperfeiçoamento de habilidades relacionais imprescindíveis no cuidado de Enfermagem especializado.

Bibliografia

ALBORNOS, P. (2004) – Informação y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: la acogida. **Monografías Humanitas**. N.º 2. 127-137.

ARNOLD, B.; [et al.] (2004) – Benefits and Consequences of using a single Portuguese Language Version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). **Quality of life Research**. Vol. 9. N.º 3. 316.

BALL, Jeffrey S.; [et al.] (2005) – "It's overwhelming... everything seems to be too much": A theory of crisis for individuals with severe persistent mental illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**. N.º 29. 10-7. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16075692&lang=pt-br&site=ehost-live>

BAUCOM, D; [et al.] (2006) – Psychosocial Issues Confronting Young Women with Breast Cancer. **Breast Disease**. N.º 23. 103-113.

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BRENNAN, J. (2001) – Adjustment to cancer – coping or personal transition? **Psycho-Oncology**. N.º 10. 1-18.

CARVER, C.; [et al.] (2005) – Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. **Health Psychology**. Vol. 24. N.º 5. 508-516.

CELLA, D. F.; TULSKY, D.S. (1990) – Measuring quality of life today: Methodological Aspects. **Oncology**. Vol. 4. N.º 5. 29-38.

CELLA, D.F.; CHERIN, E.A. (1988) – Quality of life during and after cancer treatment. **Compr. Ther**. Vol. 14. N.º 5. 69-75.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC). 3.^a ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC). 2.^a ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.

COELHO, J. (2006) – Carcinoma da Mama. In PONCE, P. (coord.) – **Manual de Terapêutica Médica**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 2006. 24-38.

CORNEY, Roslyn (2000) – **O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-95908-2-6.

COSTA, L. (2004) – **O cancro também pode morrer. Coleção compreender a doença**. Porto: Âmbar. ISBN: 9789724307916

CHEN, X; et al. (2010) - **Exercise, Tea Consumption, and Depression Among Breast Cancer Survivors**. Journal of clinical oncology. Vol. 28. Nº6. 991-998

CHALIFOUR, J. (2008) – **A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Volume 1. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-805-05.

CHALIFOUR, J. (2009) – **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção**. Volume 2. Loures: Lusodidacta.

CHALIFOUR, Jacques 2008 – **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-805-05.

CHAN, Cecilia; [et al.] – Turning Curses into Blessings: An Eastern Approach to Psychosocial Oncology. **Journal of Psychosocial Oncology [em linha]**. Nº 24. 15-32. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009488538&lang=pt-br&site=ehost-live>

DAMÁSIO, António (2004) – **Ao Encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir**. Mem Martins: Publicações Europa-América.

DAVID, D.; MONTGOMERY, G.; BOVBJERG, D. (2006) – Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. **Personality and Individual Differences**. N.º 40. 2003-2013.

EDGAR, L.; REMMER, J.; ROSBERGER, Z.; FOURNIER, M. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. **Psycho-Oncology**. Nº 9, 428-438.

FERNANDES, S. (2009) – **Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos**.

FREEMAN, L.; [et al.] (2008) – The experience of imagery as a post-treatment intervention in patients with breast cancer: program, process, and patient recommendations. **Oncology Nursing Forum [em linha]**. Vol. 35. N.º 6. E116-21. Acedido em 24/04/2011, de CINAHL Plus with Full Text database.

GAMEIRO, Manuel Henriques (1999) – **O Sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto Editora.

GUERRA, M.; LIMA, L (2005) – **Intervenção Psicológica em grupos em contexto de saúde**. Climepsi: Lisboa. ISBN. 972-796-161-4.

HANSEN, F.; SAWATZKY, J. (2008) – Stress in patients with lung cancer: a human response to illness. **Oncology Nursing Forum** [em linha]. N.º 35. 217-223. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010303347&lang=pt-br&site=ehost-live>

KEETON, C.; KOLOS, A.; WALKUP, J. (2009) – **Pediatric Generalized Anxiety Disorder. Epidemiology, Diagnosis, and Management**. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Medicine, Division of Child and Adolescent Psychiatry.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. (1984) – **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing Company.

LEAL, I.; VARELA, M. (2007) – Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. **Análise Psicológica**. Vol. 3. N.º XXV. 479-488.

LIU, Chun-Ju (2008) – A study on the efficacy of body–mind–spirit group therapy for patients with breast cancer. **Journal of Clinical Nursing**. N.º 17. 2539–2549. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010063234&lang=pt-br&site=ehost-live>

LOPES, E.; LOPES, R.; SANTOS, M. (2008) – Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com cancro. **Revista Brasileira de Terapia Cognitivo-Comportamental**. Belo Horizonte. N.º 1. 39-49.

MELEIS, Afaf I. (2007) – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MELEIS, Afaf I. (2010) – **Transitions theory: Middle-range and situations specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MIOVI, M.; BLOCK, S. (2007) – Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. **Cancer**. Vol. 110. N.º 8. 1665-76.

MISHRA, S. et al. (2006), Prevalence of psychiatric disorder in asymptomatic or minimally symptomatic cancer patients on treatment, **Journal of Cancer Research and Therapeutics**. Vol.2.Nº3. 136-139

MIZUNO, M.; KAKUTA, M.; INOUE, Y. (2009) – The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 36. N.º 3. E144-52. Acedido em 24/04/2011, de CINAHL Plus with Full Text database.

OGDEN, J (2004) – **Compreender o cancro da mama**. Lisboa: Climepsi. ISBN: 9789727961347.

OLIVEIRA, Lizete (2008) – Uso de factores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. **Acta Paul de Enfermagem**. N.º 21. 432-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (Versão 1).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **ICN: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (Versão 1).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Modelo de desenvolvimento profissional. SIECE: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa.

PATRÃO, I.; MAROCO, J.; LEAL, I. (2006). Psychosocial adjustment to breast cancer diagnosis surgery. **Psycho-Oncology**. Vol. 15. N.º 2 (Supplement). S1-S478.

PEREIRA, M; LOPES, C. (2002) – **O doente Oncológico e sua família**. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-796-195-9.

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007) – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016** (Resumo Executivo). Lisboa: MS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Acção 2007-2017** (Relatório). Lisboa: MS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2009) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** [em linha]. Acedido em 15/11/2009. Disponível em <http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/capa.html>

RYAD, Simon; KAYOK, Yamamoto (2008) – Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. **Advances in Health Psychology**. Nº16. 144-151. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010303345&lang=pt-br&site=ehost-live>

SABRINA, Helena; [et al.] – Atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESPO**. Nº 6. 31-44.

SELLICK, Scott M.; [et al.] (2007) – Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scales. **Psycho-Oncology**. N.º 16. 534–542. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009607583&lang=pt-br&site=ehost-live>

SERRA, A. (2005) – **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra. ISBN: 9789729500329.

VITEK, L.; ROSENZWEIG, M.; STOLLINGS, S. (2007) – Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. **Clinical Journal of Oncology Nursing** [em linha]. Vol. 11. N.º 3. 413-418. Acedido em 24/04/2011, de CINAHL Plus with Full Text database.

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

WATSON, M.; [et al.] (1988) – Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. **Psychological Medicine**. N.º 18. 203-209.

WATSON, M.; [et al.] (1999) – Influence of Psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. **The Lancet**. N.º 354. 1331-1320.

WATSON, M.; GREER, S.; BLISS, J.M. (1989) – **MAC: Mental Adjustment to Cancer** (Users Manual). Scale.

YERUSHALMI, Hanoch (2007) – Paradox and personal growth during crisis. **American Journal of Psychoanalysis**. N.º 67. 359-380. Acedido em 11/7/2010, de MEDLINE with Full Text database. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18037950&lang=pt-br&site=ehost-live>

ZABALEGUI, A.; [et al.] (2005) – Nursing and cancer support groups. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 51. N.º 4. 369-381. Acedido em 25/04/2011, de MEDLINE with Full Text database.

